



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

**PROPUESTA DE UNA GUÍA DE INTERVENCIÓN PARA LA ATENCIÓN DE FAMILIAS
EN DUELO DESDE LA TERAPIA NARRATIVA Y LA POSTURA COLABORATIVA.**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

PRESENTA:

ROCÍO MARTÍNEZ SAID

DIRECTORA:

**MTRA. LAURA ÁNGELA SOMARRIBA ROCHA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

COMITÉ:

**MTRA. GUADALUPE BEATRÍZ SANTAELLA HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MTRA. MARÍA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. MARIANA GUTIERREZ LARA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DR. GILBERTO RAMIRO LIMÓN ARCE
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Ciudad de México

MAYO 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Índice.

Resumen.....	1
Introducción.....	3
CAPÍTULO 1: FAMILIAS.....	6
1.1. Diversidad familiar.....	6
1.2. Conceptualización de las familias.....	9
1.3. Teorías cerca de la familia.....	11
1.3.1. El interaccionismo simbólico.....	12
1.3.2. Teoría del desarrollo familiar.....	15
1.3.3. Teoría de los sistemas familiares.....	18
1.3.4. Ecología del desarrollo humano.....	20
1.4. Generalidades de las familias.....	23
1.5. Narrativas y creencias familiares.....	29
1.6. Resiliencia familiar.....	31
CAPÍTULO 2: DUELO.....	38
2.1. Conceptos básicos para el estudio del duelo.....	38
2.2. Modelos para el estudio del duelo.....	42
2.2.1. Modelos psicosociales del duelo.....	43
2.2.2. El duelo como proceso adaptativo.....	43
2.2.3. El duelo como expresión de crisis o transición psicosocial.....	44
2.2.4. El duelo como cumplimiento de tareas psicológicas y psicosociales.....	44
2.2.5. El duelo como momentos, fases o etapas: La Teoría del apego y el modelo de Kübler-Ross.....	50
2.3. Sobre las diferencias individuales en la respuesta a la pérdida.....	55
2.4. Tipología del duelo.....	60
2.5. La pérdida de un ser querido.....	62
2.5.1. Muerte lenta o anticipada.....	62
2.5.2. Muerte súbita.....	63
2.5.3. Muerte natural.....	64
2.5.4. Viudez, la muerte de la pareja.....	65

2.5.5. La muerte de los padres para el adulto.....	67
2.5.6. La muerte de un hijo.....	68
2.5.7. La pérdida de un nieto.....	70
2.5.8. Muertes perinatales y abortos.....	70
2.5.9. La muerte de los abuelos y otros familiares.....	71
2.5.10. Suicidio.....	72
2.5.11. Homicidios y asesinatos.....	74
2.5.12. El caso particular de los niños.....	75
2.5.13. Pérdidas ambiguas, incompletas o inciertas y pérdidas liberadoras.....	77
2.6. Familias en duelo.....	77
CAPÍTULO 3: LA TERAPIA FAMILIAR Y POSMODERNA.....	89
3.1. Antecedentes de la Terapia Familiar.....	89
3.2. Posmodernidad.....	90
3.3. Construccinismo social.....	93
3.4. Terapias Posmodernas.....	95
3.5. El Modelo de Terapia Narrativa de Michael White y David Epston. ..	100
3.5.1. El Posestructuralismo en la Terapia Narrativa.....	101
3.5.2. La práctica de la Terapia Narrativa.....	106
3.6. La Terapia Narrativa de Jill Freedman y Gene Combs.....	115
3.7. La Aproximación Colaborativa de Harlene Anderson y Harold Goolishian.....	120
CAPÍTULO 4: PROPUESTA DE UNA GUÍA DE INTERVENCIÓN PARA LA ATENCIÓN DE FAMILIAS EN DUELO DESDE LA TERAPIA NARRATIVA Y LA POSTURA COLABORATIVA.....	127
Contenido.....	128
4.1. Justificación.....	130
4.2. Objetivos.....	132
4.3. Población.....	132
4.4. Marco referencial.....	133
4.5. Herramientas narrativas para uso del terapeuta durante todo el proceso.....	135
4.5.1 El uso de las preguntas narrativas.....	135
4.5.2. El uso de un lenguaje externalizador.....	139

4.5.3. El uso de testigos o audiencias.	139
4.5.4. Uso de medios narrativos para fines terapéuticos.	140
4.6. Procedimiento: Cadena de prácticas narrativas para la atención de familias en duelo.	141
4.6.1. Principios e ideas que rigen la actuación del terapeuta en cada sesión terapéutica.	142
4.6.2. Organización de las sesiones terapéuticas con las familias.	143
4.6.3. Primer momento: Presentación y descripción saturada del problema.	143
4.6.4. Segundo momento: Bautizar el problema.	146
4.6.5. Tercer momento: Externalizar el problema.	147
4.6.6. Cuarto momento: Buscar <<desenlaces inesperados>> o <<relatos, conocimientos o acontecimientos extraordinarios>> que contradicen la historia dominante saturada del problema.	148
4.6.7. Quinto momento: Deconstrucción de los <<desenlaces inesperados>> o <<relatos, conocimientos o acontecimientos extraordinarios>>.	150
4.6.8. Sexto momento: Invitar a la persona a asumir una postura frente al problema.	151
4.6.9. Séptimo momento: Narrar y re-narra.	152
4.7. Prácticas idóneas para asistir a familias en duelo: El club de la vida y la Metáfora de “decir de nuevo: ¡hola!”.	152
4.7.1. Prácticas de re-integración (re-membering): El club de la vida. ...	152
4.7.2. Metáfora de “decir de nuevo: ¡hola!”.	153
4.8. Recomendaciones para el terapeuta.	155
4.8.1. Mantenerse en una posición narrativa/socioconstruccionista.	155
4.8.2. La ética en la práctica del terapeuta.	156
Discusión y conclusiones.	161
Referencias.	166
Lectura recomendada.	169

“PROPUESTA DE UNA GUÍA DE INTERVENCIÓN PARA LA ATENCIÓN DE FAMILIAS EN DUELO DESDE LA TERAPIA NARRATIVA Y LA POSTURA COLABORATIVA”

Resumen.

La presente tesis expone una propuesta de intervención para familias en duelo mediante el uso de la Terapia Narrativa y la Aproximación Colaborativa. Dicha guía detalla una puntual cadena de prácticas narrativas a desarrollar por parte del terapeuta, sugiere el uso de cierto tipo de preguntas presentando algunos ejemplos de ellas, y propone el uso de “el club de la vida” y la “metáfora de decir de nuevo: ¡hola!” como prácticas idóneas en estos casos. Además, hace recomendaciones en relación a la postura y ética del terapeuta durante el proceso terapéutico.

Asimismo, se reseña información teórica relevante sobre las familias en general, narrativas y creencias familiares, resiliencia familiar; conceptos y teorías relacionadas a la pérdida, el duelo, procesos del duelo individual y familiar, y respecto a las posibles complicaciones del mismo. También, se exponen las bases teóricas y las características de la práctica clínica desde estas dos formas de trabajo terapéutico.

Palabras clave: Familias, duelo, Terapia Narrativa, Aproximación Colaborativa.

Summary.

This thesis present a proposal for intervention in cases of family mourning through the use of the narrative therapy and the collaborative approach. This guide details a timely string of narrative practices to develop by the therapist, suggests the use of certain types of questions, presenting some examples of them, and proposes the use of "club life" and the "metaphor to say again: Hello!" as a best practice in these cases, in addition to making recommendations in relation to the posture and ethics of the therapist during the therapeutic process.

This text review relevant theoretical information about families in general, narratives and family beliefs, family resilience; concepts and theories related to loss, grief, processes of individual and family bereavement, and possible complications of this. Similarly, presents the theoretical bases and characteristics of clinical practice from these two forms of therapeutic work.

Keywords: Families, bereavement, Narrative Therapy, Collaborative Approach.

Introducción.

A lo largo de toda la vida vivimos infinidad de experiencias de diversa índole y todos en algún momento de ella experimentaremos algún tipo de pérdida. Su tipo y la magnitud del efecto que ésta puede tener en nosotros puede variar, pero inevitable e ineludiblemente, todos las experimentaremos.

Cuando una persona sufre una pérdida (despido del trabajo, casamiento de los hijos, enfermedad, muerte, etc.) no lo hace aisladamente, sino inmerso en un contexto social que lo rodea. Al ser la familia el grupo social primero e inmediato al que pertenecemos y con el que tenemos el contacto más cercano y afectivo, contextualizará, y se verá a su vez impactada por, las consecuencias que la pérdida en cuestión traiga para la persona.

Cuando ocurre una pérdida, la familia como unidad y cada uno de los miembros en particular deberán enfrentar toda clase de problemas, experimentar una amplia gama de sentimientos y emociones, en ocasiones contradictorios, y dar solución a situaciones inimaginadas asociadas a esa experiencia. Tanto a nivel grupal como individual, deberá efectuar modificaciones en su organización, solventar exigencias económicas, presiones sociales y, sobre todo, sobrevivir a la pérdida de la manera más adecuada posible.

En estas circunstancias, la familia y sus miembros viven una crisis de la que o bien pueden salir fortalecidos o, en el peor de los casos, devastados o destruidos. De aquí que el apoyo terapéutico para familias en duelo sea considerado conveniente y benéfico, como un medio para favorecer el bienestar frente al proceso de duelo. Un trabajo terapéutico adecuado a cada persona y a cada familia puede aminorar el dolor y favorecer un duelo más constructivo y sano, seguido de una vida satisfactoria y enriquecida para cada uno de los miembros de la familia y para toda ella como entidad.

Para lograr este objetivo, los terapeutas contamos con diferentes modelos psicoterapéuticos basados en diferentes marcos teóricos que determinan la

prioridad que el tratamiento deberá tener. Así, hay terapias que consideran que lo importante son los motivos (conscientes o inconscientes), otras ponen su atención en los sentimientos y otras se centran en los pensamientos. Para otros modelos los síntomas asociados al problema son lo relevante o bien, los hay centrados en las conductas que la persona presenta en relación al motivo de consulta.

De manera particular, las terapias posmodernas, basadas de forma genérica en el construccionismo social y el posestructuralismo, están atentas al significado que damos a nuestras experiencias o problemas y al tipo de conversación que tanto el terapeuta, la persona o las familias sostenemos. De manera general, se han denominado como terapias posmodernas a la Terapia Narrativa, la Aproximación Colaborativa, el Equipo Reflexivo, y la Terapia Centrada en Soluciones.

Las terapias posmodernas han sido aplicadas exitosamente para atender un variado espectro de problemas tales como abuso y violencia, personas victimizadas a causa de un ataque sexual o en casos de violencia familiar. Se han empleado también con familiares de pacientes con enfermedad terminal, en los llamados duelos complicados así como en casos de depresión, ansiedad y paranoia. Igualmente, han tenido resultados positivos en el tratamiento de la esquizofrenia, de la anorexia y de los temores infantiles, en conductas descontroladas en niños y adolescentes y de encopresis, entre otros (Epston, White, & Murray 1992; Limón, 2005 a y b; O'Hanlon, 1992; Tomm, 1992; White, 1993; White, 1994).

El presente trabajo expone una propuesta de intervención basada tanto en la Terapia Narrativa como en la Aproximación Colaborativa y sugiere que estas terapias son una herramienta eficaz en la atención a familias en duelo y un estilo terapéutico innovador y liberador para la familia y el propio terapeuta.

En el Capítulo I, denominado "Familias", se aborda la diversidad familiar, se reseñan algunas teorías sobre la familia, se exponen las características y procesos comunes en las familias, además del concepto de resiliencia familiar.

El capítulo 2, Duelo y Pérdida, versa sobre conceptos básicos y modelos explicativos del duelo y los procesos de duelo; variables asociadas a la respuesta individual y familiar ante la pérdida, y sobre las implicaciones de la pérdida de un ser querido para las familias.

En el Capítulo 3, “La Terapia Familiar y Posmoderna”, el lector encontrará información relacionada a la terapia familiar, el posmodernismo, el construccionismo social, las Terapias Posmodernas, la Terapia Narrativa y la Aproximación Colaborativa. En él, se exponen los aspectos teóricos y prácticos de estas dos propuestas terapéuticas.

Finalmente, el Capítulo 4 presenta una propuesta de intervención para familias en duelo. Es una guía para terapeutas basada en los principios y técnicas tanto de la Terapia Narrativa, tal y como la conciben Michel White, David Epton, Jill Freedman Y Gene Combs, y la Aproximación Colaborativa desarrollada por Harlene Anderson y Harold Goolishian. Dicha guía tiene la intención de orientar la labor terapéutica, expone una puntual cadena de prácticas narrativas y propone el uso de “el club de la vida” y la “metáfora de decir de nuevo: ¡hola!” como prácticas idóneas en estos casos, además de hacer algunas recomendaciones en relación a la postura y ética del terapeuta durante el proceso terapéutico. Los lineamientos en ella sugeridos requieren que el terapeuta cuente con conocimientos sobre los tres temas expuestos en los capítulos previos.

CAPÍTULO 1: FAMILIAS.

1.1. Diversidad familiar.

Conceptualizar de forma única a la familia es una tarea difícil, pues este grupo de personas puede ser visto desde diferentes perspectivas. Gracia y Musitu (2000), consideran que la palabra <<familia>> es una compleja red significativa, y explican que este término ha sido fuente continua de controversia. En su análisis, estos autores concluyen que la familia nuclear (aquella conformada por los padres y los hijos) ha sido la figura predominantemente empleada en el mundo occidental, como base para la definición. Al asumir que este tipo de familia es la más común, se tiende todavía a definir otras formas como “inusuales”, “desviadas” e incluso “patológicas”, por lo que este concepto tiene gran poder para significar lo que es “normal” y lo que es inaceptable.

En la sociedad actual, la familia está más bien definida por la diversidad, por la cohesión y la solidaridad entre sus miembros. Ahora, en contraste con el pasado, las personas pueden elegir con mayor libertad sus formas de vida y de convivencia. A fin de dar cabida a las diversas expresiones de convivencia familiar apreciables hoy día, se ha propuesto emplear el término <<familias>>, y no el de <<familia>>, a fin de “...apoyar y estimular una aceptación de la diversidad y una renuncia a adscribir superioridad moral a una forma de familia sobre otra u otras” (Gracia y Musitu, 2000, p. 37).

Tradicionalmente, incorporarse a una familia era posible solamente a través del nacimiento, la adopción o el matrimonio, pero hoy día se abren espacios para otras formas de compromisos y convivencias familiares que incluyen a aquellas personas que eligen pasar su vida juntas en una íntima relación sin anuencias legales o sanguíneas (Goldenberg & Goldenberg, 2013).

En conclusión, podemos decir que el concepto de familia ha sido redefinido en la actualidad, dejando atrás la clásica composición de una pareja heterosexual, con sus hijos y su familia extensa, incluyendo a los abuelos, los tíos y primos. Al hablar de familia, además de los vínculos de sangre y legales, ahora deben considerarse

también a aquellas personas que constituyen la red de apoyo y cuidado, así como aquellas persona unidas por proyectos de vida comunes. De este modo, encontramos hoy en día múltiples formas de ser familia: parejas en unión libre, parejas divorciadas, familias reconstruidas por segundas nupcias con hijos de cada uno de los esposos además de hijos en común, familias uniparentales, familias disgregadas, parejas homosexuales e incluso familias homoparentales. Familias sin padres en donde los abuelos cumplen esta función, o familias que han integrado a personas sin ninguna relación sanguínea o legal, como parte de su estructura (Gerlein, 2006).

Al abordar el tema de las nuevas parentalidades en la época posmoderna, Gergen (2006/2011) señala que el pensamiento construccionista puede ser útil en dos sentidos: uno, deriva del hincapié que el construccionismo hace sobre la co-creación de lo real y del bien. Dado que las nuevas formas de convivencia y parentalidad representan un “salto a lo desconocido” para las personas que eligen vivir de formas distintas a la propuesta por la “familia tradicional”, esta perspectiva evita el juicio y la idea de fracaso, desviación o patología en estas familias. Como señala este autor:

“En este punto la invitación a la co-creación tan reclamada por el construccionismo adquiere todo su sentido. El construccionismo reconoce que el concepto de familia es una invención social y que las metáforas que anidan en expresiones como <<el círculo familiar>> o <<el árbol genealógico>> no significan nada en la sociedad contemporánea. Es preciso por tanto una actitud co-creativa en la cual el énfasis puesto en <<mis fracasos>> sea desplazado en beneficio de nuevas posibilidades” (Gergen, 2006/2011, p. 189).

Una segunda utilidad es la idea de relación. Para el construccionismo social todas nuestras realidades, motivaciones, deseos, la conciencia de nosotros mismos y la visión que tenemos del bien, nacen y se nutren de la relación.

“En consecuencia, cualquier iniciativa creativa, así como su trayectoria futura, dependerá del carácter singular de las relaciones en las que hunde sus raíces. Las nuevas formas de parentalidad adquieren fuerza y perspectiva cuando la matriz

relacional se convierte en su principal recurso. En este sentido, las relaciones de ayuda mutua son vitales para los miembros de una constelación familiar” (Gergen, 2006/2011, p. 190).

La variedad existente en relación a las formas de convivencia familiar implica que cada familia tiene sus particularidades y su propia manera de organizarse y relacionarse, por lo que pueden estudiarse tomando en cuenta su dinámica, su composición y su forma de estructuración.

De acuerdo con Robles (2003), algunos de los estilos familiares más frecuentes en la actualidad son:

- *Familias nucleares*: Implican la presencia de un hombre y una mujer unidos en matrimonio y a sus hijos en común, todos viviendo bajo un mismo techo. Lo esencial es encontrar en su estructura tres subsistemas de relaciones: adulto-adulto (pareja), adulto-niño (padres e hijos) y niño-niño (hermanos), cada uno con sus peculiaridades y en relación con los otros subsistemas.
- *Familias extensas*: Están constituidas por la trocal o múltiple (padres e hijos que conviven), más la colateral.
- *Familias con padres divorciados*: Una vez consumado el divorcio, alguno de los padres queda a cargo de la custodia de los hijos y el progenitor que abandona el hogar tiene relación con ellos bajo un régimen de visitas y convivencia establecido legalmente.
- *Familias reconstruidas*: Al menos un miembro de la pareja actual proviene de una unión anterior; la familia es el resultado de segundas, terceras, cuartas o posteriores nupcias o uniones de hecho.
- *Familias monoparentales*: Puede obedecer a dos razones: a) cuando la pareja decide separarse o divorciarse, y el progenitor custodio de los hijos se hace cargo del cuidado y manutención total de ellos; b) sucedió la muerte de un miembro de la pareja. Espinosa (2009) sugiere que deben incluirse aquellas familias en las que una mujer decide tener un hijo por inseminación

artificial con donante anónimo, así como los varones que asumen sin su pareja la crianza, manutención y cuidado de la prole.

- *Familias adoptivas*: Está basada en la ausencia del vínculo biológico entre padres e hijos. Sus características son diversas a causa de los motivos que llevan a la adopción (tradicional, por incapacidad reproductiva; o preferencial, en la que la pareja opta por adoptar independientemente de su fertilidad), por las características de quienes adoptan y de quienes son adoptados, y por la dinámica de las relaciones que se establecen en su interior.
- *Familias homosexuales*: Estas familias pueden formarse luego de que alguno o ambos miembros de la pareja ha(n) estado casado(s) y ha(n) tenido hijos con una pareja heterosexual, o bien cuando una pareja homosexual ejercita su derecho a la paternidad a través de la adopción, habiendo o no estado casados previamente. Graham y Barnow (2013) indican que para este tipo de familia en particular, la cualidad de la relación de la pareja y el apoyo de los amigos son de suma importancia para su bienestar, ya que usualmente no cuentan con la aprobación de algunos o todos los miembros su familia de origen.

1.2. Conceptualización de las familias.

Como se señaló anteriormente, no existe una definición única y “correcta” de familia, por lo que es conveniente subrayar que las múltiples definiciones existentes están formuladas desde una teoría particular, la cual da forma a esa definición específica e informa las expectativas que se generan respecto a la familia. Al igual que las familias mismas, las teorías que se han empelado para su estudio son diversas y plurales. Si bien, hoy hablamos de diferentes formas de constituir una familia, podemos considerar los conceptos e ideas que al respecto proponen diferentes autores.

Por ejemplo, para Goldenberg y Goldenberg (2013) la familia es mucho más que el conjunto de personas que comparten un espacio físico y psicológico específico. En tanto las familias existen en diversas formas y complejidades en la sociedad actual

siempre cambiante, y representan una multiplicidad de herencias culturales, cada una debe ser considerada como un sistema natural socialmente sostenido con las siguientes propiedades: a) desarrollo de un conjunto de reglas, b) asignación y atribución de roles para sus miembros, c) una estructura organizada poderosamente, d) formas intrincadas de comunicación abierta y encubierta, e) numerosas formas de negociación y solución de problemas que le permiten desempeñar eficientemente varias tareas.

Estos autores conciben a la familia como una microcultura, en la que las relaciones entre sus miembros son profundas y dispuestas en multiniveles, basadas en una historia compartida. Dentro de cada sistema, las personas están unidas unas a otras por poderosas, durables y recíprocas ataduras emocionales multigeneracionales, así como por lealtades que pueden fluctuar en su intensidad y distancia psicológica entre sus miembros a lo largo del tiempo, pero perdurables durante la vida de la familia.

Minuchin y Fishman (1996) conciben a la familia como el contexto natural para crecer y recibir apoyo, en el que los individuos se unen para <<coexistir>>. Por su parte, Minuchin (1974/1990) define a la familia como un sistema que opera dentro de contextos sociales específicos, en el que sus miembros están interrelacionados y se influyen mutuamente. Desde el punto de vista de Delage (2008, p. 62), la familia es “el conjunto de personas vivas o ya fallecidas que viven {o vivieron} juntas, o no, y que están vinculadas entre sí, por lazos biológicos, sociológicos, afectivos o legales”. Para Flaquer (1998, en Espinosa 2009), la familia es un grupo humano cuya razón de ser es la procreación, la crianza y la socialización de los hijos, y se constituye como agregado de ocio y consumo, de plataforma de ubicación social, de palanca para la constitución del patrimonio, de cause para hallar empleo, de punto de apoyo y de recurso de amparo en caso de crisis y de unidad de prestación de cuidados asistenciales y de salud.

Gerlein (2006), observa que, en el sentido psicológico, también constituyen una familia personas relacionadas afectivamente con una persona, que comparten

aspectos de su vida diaria y que colaboran o se hacen cargo de su atención (tal es el caso de vecinos, amigos, los miembros de una comunidad religiosa) aunque no sean reconocidos legalmente como tales. Así vista, la familia es una unidad, un todo en el que sus miembros se influyen recíprocamente y comparten creencia, valores tareas, funciones, secretos o intimidad, un aspecto físico y emocional, y que constituyen una identidad familiar. También está formada por individuos que se incorporaron a ella en distintos momentos, en orden y circunstancias diferentes. Además, cada miembro tiene relaciones extrafamiliares (escuela, trabajo, amigos, grupo deportivo o religiosos) que le son propia y le aportan experiencias únicas. Cada miembro de la familia es único e irrepetible, tan diferente como sus características, su manera de pensar, de sentir y de actuar.

1.3. Teorías cerca de la familia.

Gracia y Musitu (2000), indican que el estudio de la familia se ha basado en tres filosofías de la ciencia: la positivista, la interpretativa y la crítica (ver cuadro 1).

Cuadro 1.
TRES FILOSOFÍAS DE LA CIENCIA APLICADAS AL ESTUDIO DE LA FAMILIA
(Klein & White, 1996, en Gracia & Musitu, 2000, p. 88)

<p>Positivista <i>Visión del conocimiento:</i> existen verdades objetivas, procesos o realidades acerca de la familia que se pueden descubrir. <i>Valores:</i> el estudio de la familia puede y debe ser, si no libre de valores, al menos neutral. <i>Criterios para evaluar teorías de la familia:</i> las buenas teorías deberían construirse racionalmente (por ejemplo, internamente consistentes, simples, coherentes, claras, explícitas, generales, abstractas). Las buenas teorías también deberían ser empíricamente relevantes (verificables, que se ajusten bien a los datos). <i>Metas:</i> explicación y predicción. <i>Estilo académico:</i> analítico, causal, deductivo o inductivo, determinista o probabilístico, factual, lógico, materialista, mecanicista, observacional, planificado, preciso, cuantitativo, estructural, etc.</p>
<p>Interpretativa <i>Visión del conocimiento:</i> la verdad es subjetiva y todo conocimiento acerca de la familia se crea por actores que están interpretando en una conversación con los demás. <i>Valores:</i> el estudio científico de la familia no se encuentra libre de valores y los científicos deberían ser conscientes y abiertos a sus propios valores. <i>Criterios para evaluar teorías de la familia:</i> las buenas teorías deberían tener cualidades literarias (por ejemplo, elegancia, imaginación, poder narrativo). Las buenas teorías también deberían basarse en datos procedentes de las experiencias de los miembros de la familia. <i>Metas:</i> comprensión. <i>Estilo académico:</i> artístico, evocativo, existencial, hermenéutico, humanístico, intuitivo, metafórico, fenomenológico, posmoderno, procesual, autorreflexivo, sensible, especulativo, espontáneo, simbólico, etc.</p>
<p>Crítica <i>Visión del conocimiento:</i> la verdad se impone por aquellos que tienen el poder de dar forma al conocimiento. <i>Valores:</i> las teorías sobre la familia están cargadas de valores. Todos los valores se deberían exponer y retar para crear oportunidades para el cambio. <i>Criterios para evaluar teorías de la familia:</i> las buenas teorías contextualizan los problemas y permiten el pluralismo. Las buenas teorías también son emancipadoras, prescriben cambios, muestran la posición ética de los teóricos y se ajustan bien a las experiencias personales de los teóricos.</p>

Metas: emancipación o *empowerment* de las personas y grupos sociales de los oprimidos.
Estilo académico: constructivista, dialéctico, feminista, liberal o radical, macroscópico, pluralista, posmoderno, procesual, relativista, etc.

En relación a las teorías que se han aplicado con mayor frecuencia al estudio de la familia, pueden apreciarse dos vertientes:

1. Aquellas que representan la tradición más microsociológica e interaccional en el estudio de la familia, las cuales incluyen al interaccionismo simbólico, la teoría del conflicto y la teoría del intercambio.
2. Los acercamientos teóricos que entienden a la familia como una estructura emergente, con una visión holista, tales como la teoría del desarrollo familiar, la teoría de los sistemas familiares y la ecología del desarrollo humano.

A continuación, se reseñan los supuestos y conceptos básicos de las teorías que, a juicio de la autora, resultan fundamentales para el sustento de la propuesta de esta tesis.

1.3.1. El interaccionismo simbólico.

Incorpora la idea moral de que todos los miembros de una familia deberían adoptar una visión idéntica de su situación colectiva, lo cual supone una identidad familiar y una unidad familiar. Así pues, la familia puede ser concebida como un conjunto de personalidades en interacción, dando por supuesto que lo que constituye a la familia son las interacciones entre sus miembros.

Se considera que la familia desarrolla una concepción de sí misma que incluye el sentido de responsabilidad que cada miembro de la familia tiene con los otros, que las responsabilidades se definen en los roles familiares, y que desarrolla también la noción de lo que la vida familiar es o debería ser. El sentido de identidad de las personas se deriva de la interacción que tiene con los demás en la vida cotidiana, incluyendo a la vida familiar, en la que las personas se comprometen a una “identidad familiar”.

Desde esta teoría, se cree que es en la interacción familiar en donde se aprende un complejo conjunto de significados que permite la comunicación entre los miembros,

compartir experiencias e involucrar a dos o más personas en un proceso social particularmente intenso. Padres e hijos tienen la posibilidad de compartir significados comunes y asumir el rol del otro, lo cual les permite ver el mundo y a ellos mismos desde la perspectiva del otro miembro de la familia. Adoptar roles y compartir significados permite anticipar la respuesta de otro(s) miembro(s) y desarrollar una relación intensa. Padres e hijos son vistos como actores sociales con capacidad de estructurar su entorno social (Gracia & Musitu, 2000).

Desde el interaccionismo simbólico, las interacciones padres-hijos contribuyen a la emergencia de normas y expectativas mutuamente compartidas, y se sostiene que, si la socialización es efectiva, la adopción y desempeño de roles se convierte en un componente importante del self.

Los conceptos básicos de esta teoría son:

- Self: las personas desarrollan su autoconcepto a través de la interacción social, incluyendo la familiar.
- Roles: son las normas compartidas aplicadas a los ocupantes de posiciones sociales. Constituyen sistemas de significado que capacitan a los ocupantes del rol y a otros con quienes se interactúa para anticipar conductas futuras y mantener la regularidad en las interacciones sociales. Especifican conocimientos, habilidades y motivaciones; así como la extensión, dirección y duración de sentimientos y emociones. Deben ser flexibles para permitir construir diferentes identidades en un mismo rol.
- Socialización: la asunción y la creación de roles son clave para la socialización. La asunción de roles permite a la persona identificar las regularidades que unen a los ocupantes de un rol y alinear sus conductas de rol con los significados del rol mantenidos por los otros. La creación de roles se refiere a la práctica de crear y modificar roles para hacerlos más explícitos. La socialización se ve como un proceso complejo por el cual los niños memorizan y aprenden diversos roles y participan activamente en la formación de sus identidades.

- Definición de la situación: durante la interacción social, las personas crean activamente significados no sólo del self y los otros, sino también de las situaciones. Centra su atención en lo más destacado de un escenario de interacción y permite la organización preliminar de las acciones apropiadas a ese escenario. Las situaciones pueden definirse de muchas maneras, lo importante es que la definición que se haga influenciará la forma en que los miembros actúen. El proceso de creación de una definición de la situación más o menos compartida es relevante para el éxito de cualquier grupo, por lo que es necesario poner atención al proceso por el cual las familias construyen su vida familiar, buscando y negociando un consenso satisfactorio.

La teoría del interaccionismo simbólico se ha empleado para investigar las formas en la que se adoptan roles familiares, los procesos de socialización familiar y en la formación de la identidad. También para estudiar el desempeño de roles familiares, la creación y ruptura de roles en el proceso de redefinir la vida familiar a medida que surgen nuevas identidades, los patrones cambiantes de la vida familiar y las formas de negociación y renegociación de conductas y significados entre los miembros de la familia. Se ha aplicado para el estudio de la diversificación de roles, el estrés de rol en madres trabajadoras y de la educación familiar.

Su contribución más importante es su énfasis en la proposición de que las familias son grupos sociales, grupos de self e identidades, y su afirmación de que los individuos desarrollan su concepto del self y sus identidades a través de la interacción social, capacitándolos para evaluar independientemente y asignar valores a sus actividades familiares (Gracia & Musitu, 2000).

1.3.2. Teoría del desarrollo familiar.

Se centra en los cambios sistemáticos que experimenta la familia a medida que se desplaza a lo largo de diversos estadios de su ciclo vital. Su principal foco es el desarrollo de la familia como un grupo de individuos en interacción organizado por normas sociales. Las familias atraviesan una secuencia predecible de estadios con cambios que son precipitados por las necesidades biológicas, sociales y psicológicas de sus miembros. Considera que las transiciones de uno a otro estadio están causada por procesos individuales, familiares, normas sociales, sucesos históricos y condiciones ecológicas (Gracia & Musitu, 2000).

Pensando en las eventualidades que la familia debe atravesar a lo largo del tiempo y de sus implicaciones en su dinámica y funcionamiento, Lauro Estrada Inda acuñó el concepto de “ciclo vital de la familia” para delimitar las fases críticas que encierran momentos especiales de dificultad para toda familia formada por padres e hijos. Estrada (2009) conceptualiza a la familia como un sistema vivo de tipo “abierto” que pasa por un ciclo por donde despliega sus funciones: nacer, crecer, reproducirse y morir. Estas funciones pueden encontrarse dentro de un marco de salud y normalidad o adquirir ciertas características de “enfermedad” o patología. Para él, la pareja heterosexual representa los cimientos de la familia y su concepto de ciclo vital incluye las siguientes fases que siguen un orden cronológico:

- El desprendimiento: las personas se separan de su familia de origen con la intención de formar la suya propia. Inicio de la vida en común de la pareja. Incluye momentos de posible tensión al tener que incorporar a la familia política y la ruptura de la idealización del otro en la relación.
- El encuentro: requiere aprender el rol de cónyuge o pareja, crear un sistema de seguridad emocional interno que incluya a uno mismo y al nuevo compañero y el establecimiento de un “contrato matrimonial” que comprende aquellos conceptos individuales que pueden expresarse verbal y no verbalmente respecto a lo que cada uno de los miembros de la pareja piensa acerca de sus obligaciones y deberes dentro del matrimonio, así como los

bienes y beneficios que espera dar y recibir del mismo, abarcando cualquier aspecto del matrimonio (sexo, metas, relaciones con los demás, paseos, dinero, poder, los familiares, los hijos, etc.).

- Los hijos: abarca el nacimiento y crianza de los hijos así como la creación de un espacio físico y emocional para ellos, con la consecuente reestructuración del contrato matrimonial.
- La adolescencia: Estrada considera el advenimiento de la adolescencia como el evento que, tal vez, pone más a prueba la flexibilidad del sistema debido a que es la edad en que con mayor frecuencia se presentan problemas emocionales serios; porque los padres reeditan su propia adolescencia y porque los abuelos muy posiblemente se encuentren ya en la tercera edad, con imposibilidad para mantenerse por sí mismos, enfermos y la posibilidad de muerte se incrementa.
- El reencuentro: conocida como el “nido vacío” debido a que los hijos ya han abandonado el hogar para formar su propia familia. Incluye también la llegada de los nietos, el decline de la salud física, la muerte de la generación anterior, la jubilación, el reencuentro de la pareja como en un inicio. Se le considera una de las etapas más demandantes del ciclo vital.
- La vejez: cercanía de la muerte de uno u otro cónyuge, quizás los hijos se muestren distantes o tal vez sobreprotectores, la relación abuelos- nietos es fundamental para la pareja, pues a través de ella se unen el pasado y el futuro de la familia.

Para Estrada (2009), la relación saludable se basa en el suficiente intercambio de satisfactores materiales y emocionales para permitir solucionar los problemas y las tareas que se presentan en cada etapa en particular y a todo lo largo del ciclo vital.

Es importante reiterar que Estrada centró su propuesta en familias que actualmente se consideran “tradicionales”, es decir, aquellas formadas por padres heterosexuales e hijos. Además, es necesario tener presente que ésta es una división artificial y que si bien la mayoría de las familias atraviesan experiencias

semejantes, cada familia enfrentará las demandas y cambios que la vida le presente de forma única.

Desde esta teoría, la familia vive un proceso en el que el paso de un estadio a otro ocurre cuando se producen cambios en la composición familiar, provocando cambios en su estructura. Los estadios actuales están afectados por el pasado, sin un final teleológico al proceso que cierre el círculo. En cada etapa, la familia debe completar tareas específicas para alcanzar el éxito en el desarrollo individual y familiar.

Los conceptos básicos de esta teoría son:

1. Ciclo vital: serie de fases que cursa la familia a lo largo del tiempo, descritas anteriormente.
2. Posiciones, normas y roles: la posición en la estructura familiar se define por el género, relaciones de matrimonio o sangre, y relaciones generacionales. Las posiciones básicas son padre, madre, hijo, hija, hermano y hermana, y a partir de ellas pueden definirse otras. Las normas son las reglas que gobiernan la conducta individual y grupal en la familia y pueden estar vinculadas a la edad o a algún estadio del ciclo vital. El rol familiar se refiere a todas las normas vinculadas a una posición en la familia, surgen y cambian para ayudar a la familia a realizar las transiciones a nuevos estadios y satisfacer las necesidades de la familia en cada uno de éstos. Cada estadio familiar es un intervalo en el que la estructura y los roles familiares son distintivos y cualitativamente diferentes de otros periodos.
3. Transiciones y crisis: las transiciones son los cambios de un estadio a otro, y dado que requieren alteraciones significativas de los roles y reorganizaciones de la familia, pueden generar crisis que deben considerarse normales.
4. Tareas: son los objetivos que las familias inevitablemente tiene que alcanzar y el conjunto de normas o expectativas de rol que surgen en un estadio particular del ciclo vital.

Esta teoría ha sido aplicada en el estudio del estrés familiar y en el análisis de diversos aspectos de la familia. Sirve como guía para identificar las demandas y necesidades de las familias en determinada etapa del ciclo vital, así como para explicar posibles situaciones de crisis en ella.

1.3.3. Teoría de los sistemas familiares.

Desde esta propuesta, la familia puede conceptualizarse como un sistema en el que los miembros se consideran partes interdependientes de una totalidad más amplia y su conducta afecta la de todos los demás miembros. Para adaptarse, los sistemas humanos incorporan información, toman decisiones acerca de distintas alternativas, tratan de responder, de obtener retroalimentación acerca de su éxito y modificar la conducta si es necesario. La familia tiene límites permeables que la distinguen de otros grupos sociales y, al igual que otras organizaciones sociales, las familias deben cumplir ciertas tareas para sobrevivir, tales como: el mantenimiento físico y económico, la reproducción de sus miembros (nacimiento o adopción), socialización de los roles sociales familiares y laborales, así como el cuidado emocional (Gracia & Musitu, 2000). Vista de esta forma,

“La familia es un sistema social abierto, dinámico, dirigido a metas y autorregulado. Además, ciertas facetas -tales como su estructuración única de género y generación- lo diferencia de otros sistemas sociales. Más allá de esto, cada sistema individual familiar está configurado por sus propias facetas estructurales particulares (tamaño, complejidad, composición, estadio vital), las características psicobiológicas de sus miembros individuales (edad, género, fertilidad, salud, temperamento, etc.), y su posición sociocultural e histórica en su entorno más amplio” (Broderick, 1993, en Gracia y Musitu, 2000, p. 141.).

Ya que sus partes están dinámicamente relacionadas entre sí y con su entorno, la familia no puede definirse en términos estáticos o estructurales, sino que es necesario centrarse en los procesos y en los patrones de esos procesos en el tiempo. Las cualidades de las familias surgen de la interacción de sus partes y son emergentes. Además, sus patrones recurrentes y repetitivos pueden ser

observados, y de estas regularidades pueden deducirse las reglas (estructuradas jerárquicamente), que gobiernan al sistema. Asimismo, existen normas para mantener y regular las relaciones entre los miembros que componen al sistema, así como para mantener y regular las relaciones entre el sistema y su entorno. Los sistemas familiares están interconectados con sistemas más amplios o suprasistemas, que incluyen la red de relaciones familiares más extensas, el ámbito laboral, el vecindario, la escuela, las subculturas raciales, étnicas o regionales (Gracia & Musitu, 2000).

Los conceptos básicos de esta teoría son:

- Sistema: conjunto de elementos en interrelación entre ellos mismos y con el ambiente.
- Jerarquía: la familia es un sistema jerárquicamente organizado, que comprende subsistemas más pequeños (subsistema paterno filial, marital, fraterno) que a su vez, están inmerso en sistemas más amplios (p.ej.: la comunidad). Existe, por tanto, una estratificación de sistemas de creciente complejidad. Subsistemas, sistemas y suprasistemas.
- Límites: delimitan los elementos que pertenecen al sistema y aquellos pertenecientes al ambiente. Es el punto de contacto con su entorno, afectando el flujo de información entre éste y el sistema. Una visión sistémica de la familia es obligadamente contextual, sociocultural, histórica, política y económica.
- Retroalimentación y control: el sistema presenta dos formas de retroalimentación. Por un lado, la retroalimentación negativa, que opera para restaurar o mantener una condición de equilibrio dinámico u homeostásis, corrigiendo cualquier desviación de origen interno o externo de las conductas controladas por este mecanismo. En contraparte, la retroalimentación positiva es un mecanismo que amplifica la desviación, implica la pérdida de estabilidad o equilibrio y lleva al cambio del sistema. La morfogénesis (creación de nuevas formas o estructuras), es un concepto relacionado al de

cambio, y hace referencia a los procesos que, mediante la retroalimentación positiva, permiten que el sistema crezca y se innove. A fin de asegurar la supervivencia del sistema, las fuerzas morfogénicas de la retroalimentación positiva deben regularse mediante las fuerzas homeostáticas de la retroalimentación negativa.

La teoría de los sistemas familiares ha sido apropiada para la comprensión de los procesos intrafamiliares tales como la comunicación y el conflicto familiar, la cohesión e integración de los miembros de las familias y la adaptación al cambio, así como en el estudio de la violencia familiar. También se ha aplicado en el entendimiento de la interrelación de los sistemas familiares con otros sistemas (subsistemas o suprasistemas), y del cambio de la estructura en los sistemas familiares (morfogénesis).

1.3.4. Ecología del desarrollo humano.

Desde la perspectiva ecológica, la relación de la familia con su entorno es mutua. Las condiciones del entorno influyen en la vida familiar y los cambios que ocurren en la familia facilitan los cambios en el entorno, estableciéndose un proceso de adaptación mutua. La familia puede conceptualizarse como un ecosistema, como un grupo en interacción con su hábitat. Bajo condiciones normales, el ecosistema mantendrá su equilibrio dinámico, es decir, un balance adecuado entre los recursos del sistema y los niveles de estrés. Cuando se producen cambios en el exterior de la familia, combinados con cambios en su interior, se produce un estado de inestabilidad ecológica, en el que los niveles de estrés exceden la disponibilidad de recursos personales y familiares con la posibilidad de generar conflicto y violencia. De acuerdo con Gracia y Musitu (2000), para entender al sistema familiar, es importante considerar seis principios:

1. Desarrollo en contexto: todos los miembros de la familia se encuentran intensamente influidos por su ambiente, es decir, por su familia, sus amigos,

sus compañeros de escuela o trabajo, vecinos, la comunidad y la cultura, entre otros.

2. Habitabilidad social: enfatiza la importancia de la calidad de vida para las familias así como su estrecha relación con un entorno socialmente rico en recursos.
3. Acomodación mutua individuo-ambiente: los individuos y el entorno se ajustan y adaptan mutuamente.
4. Efectos de segundo orden: son aquellos efectos que causan fuerzas indirectas en la interacción entre dos individuos. Por ejemplo, las relaciones entre padres e hijos pueden verse afectadas por algún evento que el padre haya sufrido en su empleo.
5. Conexiones entre personas y contextos: la atención está puesta en las transacciones ecológicas, es decir, en los movimientos de individuos desde un contexto social a otro y en las díadas transcontextuales, esto es, en las relaciones que existen a través de diferentes contextos. Así, las relaciones entre los miembros de la familia se matizan y fortalecen en la medida en que éstos se relacionan con otras personas en diferentes contextos.
6. Perspectiva del ciclo vital: se insiste en que pocas respuestas son “correctas” a lo largo del ciclo vital, pues existen diversas posibilidades de acción ante una misma situación dependiendo del nivel de maduración de la familia.

Los conceptos básicos de esta teoría son:

1. Microsistema: complejo de relaciones entre la persona en desarrollo y el entorno inmediato que la contienen. La familia es el principal microsistema, e involucra las relaciones entre los niños, los padres y los hermanos en el hogar. Otro microsistema es la escuela, que involucra las relaciones de los niños con sus maestros y compañeros.
2. Mesosistema: incluye las relaciones entre microsistemas, así como la interrelación entre los principales escenarios que contienen a la persona en desarrollo en un punto particular de su vida.

3. Exosistema: es una extensión del mesosistema que representa las estructuras sociales, formales e informales, que no contienen en sí misma a la persona en desarrollo, pero que rodean y afectan su contexto inmediato, influyendo, delimitando o determinando lo que allí ocurre. Por ejemplo, lo que ocurre en un microsistema (la interacción paterno-filial en el contexto familiar) puede estar influido por lo que ocurre en otros sistemas en los que el niño no desempeña rol alguno.
4. Macrosistema: representa los valores culturales, sistemas de creencias y sucesos históricos que pueden afectar a otros sistemas ecológicos.

La perspectiva ecológica ha sido relevante en el análisis de las relaciones entre el mundo laboral y la familia, los determinantes sociocontextuales de la seguridad del vínculo madre-hijo, los determinantes de la conducta parental y las relaciones padres-hijos, de la integración social y el funcionamiento familiar, el maltrato infantil, la trasmisión e internalización de valores en la familia, así como en el desarrollo de programas de apoyo a la familia. Igualmente se ha empleado en la investigación y análisis ecológico de los procesos de toma de decisiones en la familia, el manejo de recursos familiares, en el estudio de los valores y la valoración de la calidad de vida y de la adaptación de la familia a su ambiente. Dado que esta visión no se basa en ningún tipo de configuración particular de la familia, es apropiada para emplearse con familias con diferentes estructuras y orígenes (nacionales, étnicos o raciales) así como en diversos estadios y circunstancias de vida. Resulta conveniente para el estudio multicultural de las familias y, a diferencia de otras teorías de la familia, confiere la responsabilidad al investigador y al profesional de estudiar y asistir a los grupos que carecen de recursos, poder social y control sobre sus propias vidas, tales como las personas en pobreza, los ancianos, los discapacitados y las mujeres (Gracia & Musitu, 2000).

1.4. Generalidades de las familias.

Según Minuchin (1974/1990), los sistemas familiares están organizados sobre la base del apoyo, la regulación, la alimentación y la socialización de sus integrantes. Para él, deben considerarse tres componentes básicos en toda familia:

1. La estructura de una familia es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación.
2. La familia muestra un desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas que exigen reestructuración.
3. La familia se adapta a las circunstancias cambiantes de modo tal que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.

Cada sistema familiar está inmerso en una comunidad y en una sociedad, está modelada por su existencia en un lugar particular y tiempo en la historia, y formada por una multiplicidad de fenómenos tales como la raza, etnia, clase social de sus miembros, ciclo vital, el número de generaciones que la preceden, su estatus migratorio, orientación sexual, religión, salud y enfermedad mental de sus miembros, nivel académico, seguridad financiera, nivel socioeconómico, valores familiares y sistema de creencias. Todos estos factores influyen en el desarrollo del sistema, sus creencias y criterios respecto a lo que consideran una conducta aceptable, su grado de flexibilidad ante los retos y crisis, y en general su adaptabilidad y estabilidad en el tiempo (Goldenberg & Goldenberg, 2013).

Todas las familias generan y adoctrinan nuevos miembros dándoles autonomía con la expectativa de que en algún momento se separaran sin perder su pertenencia a ella. El poder de la familia es tal, que aún a pesar de la distancia o incluso la muerte, su influencia en sus miembros permanece. Por ejemplo, si ocurre un divorcio en la familia, el estatus y la relación de padres no se pierde e incluso la relación permanece bajo el nombre de “ex-esposos”.

Por otra parte, los miembros de la familia son irremplazables, principalmente porque el valor principal en las familias está centrado en la red de relaciones desarrollada por sus miembros. A la par de que se promueven identidades individuales, también se mantiene una identidad o imagen colectiva.

Los miembros de una familia no viven aisladamente, sino que dependen uno de otro, no sólo en relación al dinero, la comida, el vestido, el amor y el abrigo, el afecto, el mutuo compromiso, la compañía, la socialización y muchas otras necesidades. Ellos comparten y mantienen una historia a través del relatar y re-relatar “su historia familiar” de generación en generación, dándoles la sensación de continuidad y formando sus expectativas del futuro (Goldenberg & Goldenberg, 2013).

Independientemente de la cultura de la que se trate, la familia imprime a sus miembros un sentimiento de identidad y un sentido de separación. “El sentido de identidad de cada miembro se encuentra influido por su sentido de pertenencia a una familia particular” (Minuchin, 1974/1990, p. 80), pero a la par, se genera en la persona un sentido de individuación y separación mediante su participación en los diferentes subsistema familiares, en diferentes contextos y mediante su participación en distintos grupos extrafamiliares (Minuchin, op.cit.; Minuchin & Fishman, 1996).

Por su parte, Gerlein (2006) considera que es en la familia donde la persona desarrolla su sentido de pertenencia, de identidad y de individualidad. Gracias a la variabilidad familiar se presenta cierto grado de tensión, de conflicto, de oposición y desacuerdos que se necesita negociar y que se resuelven más o menos de manera satisfactoria según los diferentes estilos de regulación familiar. Las familias evolucionan permanentemente y cada etapa de la vida implica cambios, pérdidas y ganancias. Las tareas, las obligaciones, las funciones de cada miembro, así como sus necesidades, a sus anhelos, sus proyectos y las fuentes de disfrute y placer se modifican a través del tiempo.

La familia es una unidad social que debe afrontar una serie de tareas de desarrollo de acuerdo con la cultura en la que se halla inmersa, pero que también poseen raíces universales. Así, debe enfrentar cambios tanto internos como externos y mantener al mismo tiempo su continuidad, además de apoyar y estimular el crecimiento de sus miembros mientras se adapta a una sociedad en constante transición. La familia cambia conforme cambia la sociedad a fin de cumplir con dos objetivos fundamentales. Uno de ellos es interno: la protección psicosocial de sus miembros; el otro es externo y se refiere a la acomodación a una cultura y la transmisión de la misma. La familia cambiará en la medida que cambie la sociedad a fin de adaptarse también a las nuevas corrientes de pensamiento, y las nuevas realidades sociales y económicas prevalecientes. Para Minuchin (1974/1990), los cambios siempre se orientan desde la sociedad hacia la familia, nunca a la inversa.

Para funcionar satisfactoriamente, los miembros requieren adaptarse a las necesidades y demandas cambiantes de todos los miembros de la familia, a las expectativas también cambiantes de la íntima red de relaciones, de la comunidad y de la sociedad en general. A la par, debe alentar la realización individual de sus miembros mediante la libertad de exploración y el descubrimiento del sí mismo proveyéndole a cada miembro una sensación de protección y seguridad para lograrlo. La familia debe operar en el interés de todos sus miembros como individuos a pesar de que sus intereses estén en conflicto (Goldenberg & Goldenberg, 2013).

El afecto, la lealtad, la continuidad y durabilidad de la membresía, son características comunes en toda familia. Aún en situaciones de crisis o de conflicto severo entre sus miembros, las familias suelen resistir los cambios y es habitual que intenten maniobras correctivas a fin de restablecer sus patrones de interacción. Más allá de su configuración, en su mayoría, las familias promueven relaciones positivas entre sus miembros y se preparan para lidiar con cambios propios de su desarrollo o maduración (por ejemplo, los hijos abandonan el hogar) o con crisis inesperadas (despido laboral, pérdida, divorcio, muerte de un miembros, enfermedad, etc.). Todas, deben organizarse o reorganizarse para enfrentar los problemas cotidianos desarrollando estilos o estrategia especiales.

Más allá de sus características únicas y particulares, generalmente cada familia facilita un proceso de cohesión desarrollando reglas que rigen los roles y funciones que sus miembros desempeñan, que con el tiempo se vuelven repetitivas y que son las preferidas por la familia para negociar y acordar a fin de maximizar la armonía y predictibilidad. Usualmente se establecen patrones o secuencias de interacción estables, colaborativos, propositivos y recurrentes, que parecen imperceptibles e inespecíficos o incomprendidos por los integrantes. En particular, los patrones no verbales entre los miembros de la familia representan transacciones codificadas que transmiten las reglas y funciones familiares que determinan el rango de conductas toleradas por la familia, es decir, establecen directrices acerca de qué manera, cuándo y con quién hay que relacionarse, sostienen al sistema y regulan la conducta de sus miembros. Cada miembro se siente compelido a comportarse de acuerdo a esas reglas, le gusten o no. Los rituales familiares (celebraciones especiales, confirmaciones, bodas, navidades, graduaciones, funerales, etc.) son parte de los patrones de interacción que ayudan a la familia a consolidar su identidad y continuidad. Son acciones simbólicas que les permiten adaptarse a los cambios mientras reafirman su unión contra las dificultades, manteniendo la continuidad que da un marco de referencia a sus miembros. Anclan a la familia al pasado, proveyéndoles de raíces e historia y al mismo tiempo les ofrece futuras formas de interacción. Participar en ellos, une a los miembros no sólo a la familia sino a la comunidad y la cultura (Goldenberg & Goldenberg, 2013; Minuchin, 1974/1990).

Las pautas son sostenidas por dos sistemas de coacción: uno genérico, que implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar; y otro idiosincrásico, que involucra a las expectativas mutuas de los miembros de la familia. El origen de estas expectativas está enraizado en años de negociaciones implícitas y explícitas entre los miembros, y relacionadas a la cotidianidad. Así, el sistema se mantiene a sí mismo y resiste al cambio más allá de cierto nivel y preserva las reglas preferidas de acomodación y eficacia funcional durante tanto tiempo como puede hacerlo (Minuchin, 1974/1990).

En el interior del sistema existen también normas alternativas de conducta, pero toda desviación que vaya más allá del umbral de tolerancia del sistema excitará mecanismos para reestablecer el nivel de funcionamiento habitual. Cuando existen situaciones de desequilibrio en el sistema, es común que los miembros de la familia consideren que los otros miembros no están cumpliendo con sus obligaciones, apareciendo entonces requerimientos de lealtad familiar y maniobras de inducción de culpabilidad.

La familia debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian y su existencia continua depende de una variedad suficiente de pautas, de la disponibilidad de patrones de comportamiento alternativos así como de su flexibilidad para movilizarlos cuando es necesario hacerlo. La familia debe responder a cambios internos y externos, y debe ser capaz de transformarse de tal manera que pueda encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que da un marco de referencia a sus miembros.

Gerleín (2006), señala que estas normas o pautas modulan las formas en que las familias viven las experiencias a lo largo del ciclo vital. La familia desarrolla una serie de creencias, patrones, normas y costumbres que se vuelven reglas de forma explícita, que se enuncian y se repiten, o bien pueden quedar implícitas, referirse a formas de actuar que se esperan o se prohíben sin enunciarlas abiertamente, y que incluso sólo pueden identificarse hasta el momento en que se han incumplido. Estas reglas pueden ser rígidas, permanentes, sin excepciones y su infracción trae consigo alguna sanción o conflicto. En contraparte, estas reglas pueden ser flexibles, discutibles y se pueden adaptar a diferentes situaciones.

Esta autora observa que en algunas familias las relaciones pueden ser autoritarias, ya que en ellas una persona impone su criterio y su autoridad de manera incuestionable, y explica que esta autoridad puede recaer en distintas personas según la situación o el tema de que se trate (educativo, económico, religioso, social, etc.). Por otra parte, en las llamadas familias democráticas existe un líder que orienta, dirige y asume la responsabilidad en forma de decisiones pero permite que

todos participen y opinen, pueden negociar y llegar a acuerdos, y la información es compartida y las inquietudes personales pueden discutirse. Finalmente, también hay familias anárquicas o desorganizadas, en donde no hay una cabeza que organice y dirija, no existen normas ni se establecen límites, o no se cumplen por mucho que se expliciten y su funcionamiento puede llegar a ser caótico.

Gerlein (2006) indica que las familias pueden variar su grado de intimidad, su capacidad para poder reconocer y respetar la individualidad de cada uno de sus miembros y al mismo tiempo compartir, colaborar e intervenir en asuntos familiares. En un polo se encuentran las familias que actúan fusionadas, en las cuales “todos tienen que ser uno”, no hay reconocimiento de las diferencias de opinión, de emociones o comportamientos; hay un “pensamiento familiar” y no hay espacios propios. En el otro extremo se encuentran las familias disgregadas, en las cuales impera el individualismo, hay poco contacto, poco conocimiento entre sus miembros y escaso sentido de colaboración. Las cuestiones sentimentales son un asunto privado y se expresan opiniones o quejas pero no se conversa sobre ellas.

Las familias también estructuran formas de relacionarse con el medio (social, laboral, etc.). Algunas son cerradas, establecen límites rígidos y estrechos, muestran dificultad para recibir o abrirse a terceros o para orientarse en el mundo externo, por ello se les dificulta recibir ayuda de otras personas ajenas a la familia. En oposición, las familias que son muy abiertas pierden un poco sus límites y su intimidad, permiten intromisiones de terceros y dependen en gran medida de la opinión de amigos y personas relacionadas a ella.

Las familias como una unidad, como un todo, también se orientan en el tiempo. Aquellas que se orientan hacia el pasado y parecieran regirse por el dicho “todo tiempo pasado fue mejor”, presentan dificultades para evolucionar y aceptar los cambios que les impone la vida. Suelen estar atrapadas en recuerdos de malas experiencias, en la frustración y la amargura que ello les produjo, con la consecuente insatisfacción para cada miembro. A diferencia de éstas, las familias que se centran en el presente parecen creer que “cada día trae su afán” y asimilan

poco a poco cada experiencia actual. En casos extremos, el no dar cabida al futuro implica la imposibilidad de prepararse y anticiparse a los cambios que la vida les anuncia, y cuando ello sucede esto genera gran desorganización en la vida familiar y personal, además de frustración. Por otro lado, cuando una familia se orienta hacia el futuro, la permanente anticipación a lo que les depara el porvenir llena a los miembros de ansiedad y pierden de vista oportunidades valiosas de interacción, convivencia y crecimiento en el presente.

Finalmente, es importante hacer notar que las familias también generan normas o pautas de relación alrededor de los afectos. Estas normas dictan qué sentimientos están permitidos en la familia y entre quiénes se pueden expresar y en qué momento. Estas regulaciones incluyen el tipo de emociones que pueden expresarse; por ejemplo, una familia en la que sólo se permite la expresión de emociones “positiva” mientras que el desconcierto, el enojo, la frustración, la tristeza o el miedo, se consideran “negativas” o signo de debilidad (Gerlein, 2006).

1.5. Narrativas y creencias familiares.

Para Walsh (2004), los sistemas de creencias son la esencia del funcionamiento familiar, son las lentes a través de las cuales la familia visualiza el mundo, determinan lo que vemos o no vemos y lo que hacemos con nuestras percepciones. Constituyen la esencia de nuestra identidad y de nuestro modo de comprender las cosas, además de conferir sentido a nuestras experiencias y definir la realidad. “Los sistemas de creencias abarcan, en líneas generales, los valores, convicciones, actitudes, tendencias y supuestos, que se unen para formar un conjunto de premisas básicas que desencadenan reacciones emocionales, determinan decisiones y orientan cursos de acción” (Walsh, 2004, p. 82).

Las familias desarrollan creencias compartidas, basadas en valores culturales, influenciadas por su posición y experiencias en el mundo social a través del tiempo, durante su ciclo vital y a través de la red multigeneracional de relaciones. Las

creencias compartidas configuran las normas familiares expresadas en reglas prefijadas y predecibles que gobiernan la vida familiar.

La familia es una constructora de significado, y nuestro juicio acerca de qué constituye la realidad está en función de las creencias e historias que la familia (tanto como la cultura) imparte acerca de la experiencia. A través de su desarrollo, instauro y matiza suposiciones fundamentales y duraderas respecto al mundo en el cual se vive. Como resultado, los significados y comprensiones que atribuimos a los eventos y situaciones que enfrentamos, están informados por nuestras experiencias familiares en los ámbitos social, cultural e histórico (Goldenberg & Goldenberg, 2013).

Los significados y creencias se expresan mediante los relatos que construimos en conjunto, haciendo que la narración sea útil para transmitir las creencias culturales y familiares que muestran las costumbres personales, los valores familiares y las estrategias adaptativas para dominar los desafíos de la vida (Walsh, 2004).

Las narrativas o historias que se cuenta la familia ayudan a explicar, y a veces a justificar, su estructura y sus patrones de interacción. Más allá de cualquier diferencia o desacuerdo entre sus miembros, la pertenencia a la familia está basada en la aceptación de, y la creencia en, un conjunto de suposiciones permanentes o constructos compartidos sobre la propia familia y su relación con su ambiente social. Estas suposiciones están limitadas por las expectativas y restricciones de la clase social a la que se pertenece, influenciando qué es lo que los miembros de la familia consideran posible, aceptable, concebible, e incluso alcanzable en sus vidas. El lenguaje y el diálogo juegan un papel crucial en cómo los seres humanos conocemos el mundo, cómo lo interpretamos y cómo damos sentido a las experiencias (Goldenberg & Goldenberg, 2013).

Algunas familias ven un mundo confiable, ordenado, predecible, poderoso; se ven a sí mismas como competentes, alientan la individualidad y la sensación de confort, además de considerar los cambios incluso como retos divertidos, y se consideran a

sí mismas como un grupo que enfrenta la vida. En cambio, otras familias perciben su entorno como amenazante, inestable, impredecible y potencialmente peligroso; desde su perspectiva puede ser caótico o confuso, por lo que se unen insistiendo en acuerdos para todos los miembros, en todos los temas, a fin de protegerse contra la intrusión y la amenaza. La narrativa que una familia desarrolla acerca de sí misma se deriva de su historia, se trasmite de generación en generación, es influenciada por las expectativas de su clase social y tiene un impacto poderoso en el funcionamiento familiar (Goldenberg & Goldenberg, 2013).

Bertram Cohler (1991, en Walsh, 2004) enfatiza la relevancia que la coherencia narrativa tiene para comprender los sucesos disruptivos. La adversidad genera una crisis de significado y una ruptura potencial de la integridad personal; esa tensión da lugar a la construcción o reorganización de nuestra historia de vida y nuestras creencias.

Las formas en las que las personas y las familias característicamente lidian con sus vidas no están basadas en una verdad objetiva o “verdadera”, sino sobre construcciones sociales, es decir, puntos de vista sobre la realidad creados y perpetuados en las conversaciones, posiblemente a través de generaciones. Tales visiones pueden actuar como lentes o restricciones que evitan que los miembros de la familia aprecien otros aspectos de sus vidas o consideren otras opciones de conducta. Ellos construyen explicaciones acerca del por qué continúan con ciertas conductas y respecto al no tener alternativas de acción.

Desde la perspectiva posmoderna no existe una realidad “verdadera”, la familia acuerda construcciones sobre ella a través del lenguaje y el conocimiento que se genera relacionadamente y es esto a lo que la familia llama “realidad” (Goldenberg & Goldenberg, 2013).

1.6. Resiliencia familiar.

Para entender cuáles son los procesos que posibilitan a los integrantes de una familia construir y mantener relaciones duraderas a pesar de atravesar dificultades

y situaciones estresantes o traumáticas (enfermedades incurables, problemas indisolubles, la muerte de un ser querido, divorcio, pérdida de empleo, migraciones, catástrofes naturales, etc.) y cómo logran integrar eficazmente las experiencias dolorosas a lo largo de su ciclo vital, es menester tener en cuenta el concepto de resiliencia.

Tomado de la física, la resiliencia hace referencia a la elasticidad de un material y a su tendencia a oponerse a la rotura por choque (Walsh, 2004). Si bien el concepto de resiliencia estuvo centrado en los individuos, recientemente su aplicación se ha extendido a las familias, permitiendo a los terapeutas familiares contar con una útil herramienta para comprender por qué ciertas familias parecen superar con mayor facilidad la adversidad e incluso verse fortalecidas con esa experiencia, mientras otras pueden permanecer lastimadas y heridas e incluso disolverse como consecuencia de una vivencia dolorosa.

Todas las familias enfrentan retos y dificultades internas y externas a lo largo de su ciclo vital, algunas son esperables (crisis potenciales como el retiro, el divorcio o las segundas nupcias) y otras inesperadas (despido laboral, muerte inesperada de algún miembro o amigo de la familia, asalto o violación u otro tipo de violencia, experiencias que ponen en riesgo la vida, desastres naturales, etc.). No todas las familias reaccionan de igual forma ante amenazas potenciales o eventos perjudiciales; algunas pueden experimentar angustia al considerar que nunca podrán recuperarse de ellas, mientras que otras sufren menos intensamente y por menos tiempo. Algunas familias se recuperan rápidamente pero más tarde pueden experimentar problemas de salud inesperados o quizá no vuelven a disfrutar de la vida como lo hacían, o bien pueden tener el potencial para crecer y reparar el daño como respuesta a lo sucedido, emergiendo más fuertes y con mayores recursos que antes.

Walsh (2004, p. 25), indica que:

“Un enfoque de la resiliencia familiar procura identificar y destacar ciertos procesos interaccionales esenciales que

permiten a las familias soportar y salir airoso de los desafíos vitales disociadores. La lente de la resiliencia cambia la perspectiva: las familias en dificultades dejan de ser vistas como entidades dañadas y se comienza a verlas como entidades que están ante un desafío capaz de reafirmar sus potencialidades de reparación y crecimiento. Este enfoque se funda en el convencimiento de que la fortaleza individual y familiar puede forjarse en los empeños colaborativos a hacer frente a una crisis repentina o a una adversidad prolongada”.

La resiliencia es la capacidad de una persona para recobrase de la adversidad, salir fortalecida y poseedora de mayores recursos; es la habilidad para prosperar y mantener estable el funcionamiento psicológico y físico aún bajo condiciones adversas, así como la capacidad de evolucionar favorablemente a pesar del sufrimiento, e incluso, de sacar partido de ese sufrimiento (Delage, 2008; Goldenberg & Goldenberg, 2013; Walsh, 2004). Vista así, la resiliencia implica algo más que la mera posibilidad de sobrevivir, atravesar o eludir un evento terrible, conlleva la sanación de las heridas, el hacerse cargo de la propia vida, amar y desarrollar una existencia plena. Se forja cuando la persona se abre a nuevas experiencias y actúa en forma independiente con los demás. No debe confundirse con invulnerabilidad, tampoco se trata de atravesar la crisis sin ser tocado por la experiencia dolorosa; la resiliencia implica “...librar una ‘buena batalla’, en la que confluya el sufrimiento y el coraje y se pueda elaborar con eficacia las dificultades tanto en el plano interno como interpersonal” (Wals, 2004, p. 28). La resiliencia se construye no a pesar de la adversidad sino a causa de ella, en tanto saca a relucir los recursos con los que contamos.

Froma Walsh (2004, p. 40) define a la <<resiliencia familiar>> como “...los procesos de superación y adaptación que tienen lugar en la familia *como unidad funcional*.” Delage (2008) y Walsh (2004) coinciden en que, para entender la resiliencia familiar es necesario:

- retomar la teoría sistémica, ya que ésta ha ampliado la idea de la adaptación individual insertándola en procesos transaccionales más amplios en la familia y los sistemas sociales, y su influencia recíproca.

- adoptar una perspectiva ecológica, en tanto toma en cuenta las diversas esferas de influencia que operan sobre el riesgo y la resiliencia durante la vida de una persona, y que pueden considerarse una sucesión de contextos de competencia social insertos unos en otros (familia, grupo de pares, escuela, familia, trabajo; ámbitos político, económico, social y racial, etc.).
- adoptar una perspectiva evolutiva que permita considerar el desarrollo individual y familiar a través del ciclo vital. La resiliencia puede desarrollarse en cualquier punto de este ciclo.

Delage (2008), Goldenberg y Goldenberg (2013) y Walsh (2004) explican que, independientemente de la forma que adopte la familia, más allá de su estilo de convivencia o estructura, son los procesos familiares los que pueden mediar la recuperación, permitiendo al sistema familiar unirse, amortiguar el estrés, reducir la posibilidad de funcionar ineffectivamente y favorecer una óptima adaptación de todos sus integrantes, así como la supervivencia y bienestar de la unidad familiar misma.

Goldenberg y Goldenberg (2013), Dalage (2008) y Walsh (2004) y expone algunos elementos claves en la resiliencia familiar:

- *Sistema de creencias consistente y positivo.* Se basa en la creencia desarrollada en la familia según la cual, a pesar de todo, se puede salir delante de una situación traumática, dolorosa o adversa y en creencias trascendentes en la búsqueda de valores y finalidades así como de consuelo y alivio. Implica ver lo sucedido como un escalón en su vida, no asignar culpas y considerar la crisis como un reto compartido y manejable, además de conferir un sentido a la adversidad y contar con una perspectiva positiva que reafirme los puntos fuertes y las posibilidades.
- *Los procesos organizacionales de la familia.* Efectividad con la que la familia organiza sus recursos a fin de amortiguar el impacto del estrés y favorecer la adaptación. Incluye la apertura al cambio, esto es, la flexibilidad necesaria

para lograr un equilibrio dinámico entre estabilidad (homeostásis) y cambio (morfogénesis); así como la conexión entre los miembros, es decir, el equilibrio entre la unidad, el apoyo mutuo y la colaboración por un lado, y por otro la separación y autonomía de cada uno de los miembros de la familia. Lo esencial es que la familia pueda mantener o restablecer un funcionamiento organizado, aun cuando esta organización difiera de la que existía anteriormente.

- *Procesos familiares relacionados a la comunicación y la solución de problemas.* Incluyen claridad, consistencia y congruencia en la comunicación verbal y no verbal; expresión emocional sincera, respetuosa, empática y responsable entre los miembros de la familia; la tolerancia afectuosa hacia las diferencias y las emociones negativas; compartir los sentimientos, ideas y decisiones mediante la negociación, las concesiones y la reciprocidad a fin de establecer una resolución cooperativa de los problemas.
- *La dimensión espiritual existente en la familia.* Se refiere al sentido, al objetivo y los valores de la vida humana desde la perspectiva de la familia. Contempla los valores de la familia en relación a lo bello, lo ético, y lo religioso o espiritual.

La resiliencia no debe ser considerada un conjunto estático de fuerzas o cualidades, sino un proceso dinámico, en desarrollo, único para cada familia, que la alienta a generar respuestas creativas al estrés y, en algunos casos, les permite desarrollar y crecer en su capacidad de respuesta ante los estresores.

Delage (2008) precisa que, por tratarse justamente de un grupo de personas, la resiliencia familiar no puede considerarse de manera uniforme, ya que no todos los miembros desarrollan a la misma velocidad sus recursos o ciertas competencias personales. Unos pueden impulsar hacia adelante a toda la familia, otros pueden frenar su evolución, pueden darse resiliencias individuales en algunos miembros y en otros no, o bien, pueden darse resiliencias parciales que correspondan a un subsistema dentro de la familia (por ejemplo entre hermanos). Incluso, puede suceder que la resiliencia se complete en un trabajo intergeneracional, en el que los

hijos o los nietos elaboran la historia familiar integrando lo sucedido. Sin embargo, se espera que una vez transcurrido cierto tiempo, la familia como unidad trascienda lo sucedido, sobreviva a la adversidad y se fortalezca por la experiencia y el desarrollo de nuevos recursos.

Adoptar una perspectiva basada en la resiliencia al trabajar con familias, implica identificar y fortalecer esos procesos interaccionales clave que habilitan a la familia para resistir y superar los retos disruptivos. La idea es que la familia se regenere y empodere a través de esfuerzos colaborativos en lugar de simplemente sobrevivir al evento estresor, aun tratándose de eventos severamente adverso ya sea a nivel individual o familiar. La manera en que la familia se organiza, cómo mantiene su cohesión, qué tan abierta sea su comunicación y cómo resuelva sus problemas juntos, influenciará su recuperación. El apoyo de su red de amigos, la iglesia, la familia extensa, vecinos, patrones o jefes, compañeros de trabajo y la viabilidad de apoyo comunitario generalmente contribuyen a la recuperación de la familia (Delage, 2008; Goldenberg & Goldenberg, 2013; Walsh, 2004).

Delage (2008), Goldenberg y Goldenberg (2013) y Walsh (2004) coinciden en que todas las familias cuentan con los recursos y el potencial para ser resilientes. Añaden que la resiliencia implica retos para el terapeuta familiar, porque, a diferencia del modelo centrado en déficits o patologías (dirigido a atender a aquello que “no está bien” en la familia), se debe estar atento a los recursos que pueden ser movilizados para lidiar con la crisis o la adversidad, buscando habilitar, empoderar y alentar a la familia a buscar la resiliencia, incluyendo los recursos no empleados por la familia, sin perder de vista y optimizando la red de relaciones en la que se halla inmersa. Todos estos autores concluyen que el manejo exitoso de la crisis depende de los vínculos familiares y de la confianza en su capacidad para prever o manejar adversidades futuras.

Si bien las familias encaran diferentes y complejas situaciones a lo largo del tiempo, la muerte de uno de sus miembros es el reto más difícil y estresante que una familia

puede enfrentar, en tanto le demandará una serie de ajustes necesarios para restablecer su equilibrio, mediante la puesta en marcha de todas sus capacidades.

Por ello, dada la intención del presente trabajo, a continuación se revisarán algunos temas relacionados a la pérdida de un ser querido, el duelo y los procesos de duelo, así como información pertinente acerca de las familias en duelo.

CAPÍTULO 2: DUELO

2.1. Conceptos básicos para el estudio del duelo.

Inherente a la condición humana, la inevitabilidad de la pérdida es tal vez una de las experiencias más universales. Desde el momento del nacimiento, vivenciamos una serie de pérdidas que se suceden unas a otras y que, en mayor o menor medida, tienen el potencial de hacernos crecer o devastarnos. El sufrimiento consecuente por la pérdida, apreciado tanto en la especie humana como en todos los mamíferos, ha sido motivo de estudio, análisis y reflexión en diversos campos del conocimiento y dada la intención del presente trabajo, es pertinente iniciar su revisión exponiendo algunas definiciones relevantes.

Tizón (2004) hace una detallada definición de diversos conceptos de uso regular cuando de duelo se habla. A continuación se reseñan estos conceptos:

- La *pérdida*: puede tomar diferentes formas, puede tratarse de un ser querido, un fracaso personal, el cambio de empleo, de ideología, podemos perder esperanzas o relaciones, objetos materiales, etc. Tizón (2004, p. 21) la define como “la situación de pérdida de personas, cosas o representaciones mentales que pone en marcha reacciones afectivo-cognitivo-conductuales y, en términos generales, los procesos de duelo y el duelo”. Corresponde al término *loss*, empleado en inglés.
- *Objeto del duelo*: aquello que se pierde, el ser o la representación mental que pone en marcha el duelo y los procesos de duelo. Este objeto del duelo puede ser personal o animal (un ser vivo u objeto animado), un objeto material inanimado (cosa), o bien un objeto abstracto (idea, ilusión, un modo de vida etc.).
- *Duelo*: “el conjunto de fenómenos psicológicos (<<procesos del duelo>>), psicosociales, sociales (<<luto>>), antropológicos e incluso económicos, que se ponen en marcha tras la pérdida” (Tizón, 2004, p. 20). Correspondería a los términos *mourning* o *bereavement* frecuentemente empleados en la bibliografía sobre duelo.

- *Procesos de duelo*: “El conjunto de cambios psicológicos y psicosociales, fundamentalmente emocionales, por los que se elabora internamente la pérdida; es un conjunto de emociones, representaciones mentales y conductas vinculadas con la pérdida afectiva, la frustración o el dolor” (Tizón, 2004, p. 21); “...se trata de un complejo diacrónico no sólo de emociones, sino también de cambios de cogniciones, de comportamientos, de relaciones” (Tizón, 2004, p. 20).
- *Luto o ritos psicosociales del duelo*: “conjunto de manifestaciones externas, culturales y sociales, antropológicas e incluso económicas, que ayudan o reglamentan la reacomodación social y psicosocial tras la pérdida, en particular de una persona allegada (pero también de otros elementos u <<objetos internos>> tales como la infancia, la adolescencia, las estaciones, los años...” (Tizón, 2004, p. 21). Pueden entenderse como la ritualización de los duelos psicológicos y en ocasiones como posibilidades agregadas para que la sociedad colabore en la elaboración del duelo, a través de la dramatización de todos los procesos (plañideras, procesiones, lamentaciones, peticiones de expiación ritualizadas, etc.). Hacen referencia a los aspectos y manifestaciones socioculturales y sociorreligiosas de los procesos psicológicos del duelo.
- *Elaboración del duelo*: “...la serie de procesos psicológicos, el trabajo psicológico que, comenzando con el impacto afectivo y cognitivo de la pérdida, termina con la aceptación de la nueva realidad interna y externa del sujeto. Ello supone a la larga la superación de la tristeza y la posible ambivalencia de lo perdido, la reorientación de la actividad mental y la recomposición del mundo interno (cogniciones, sentimientos y fantasías fundamentales)” (Tizón, 2004, pp. 21-22).

Tizón (2004), explica que los procesos de duelo y de elaboración del duelo incluyen la pena y la aflicción, y que el dolor y el sufrimiento, fundamentalmente mentales, son necesarios para <<curar>>, <<elaborar>> o <<resolver>> la pérdida. Incluyen las ideas de reacción, el proceso de adaptación y los procesos adaptativos. La

palabra “*proceso*” subraya el carácter cíclico de los sufrimientos y sentimientos ante la pérdida, los cuales cursan con vaivenes, con retroacciones, por lo cual no es lineal. Los términos *procesos de adaptación o adaptativos*, ponen de manifiesto el hecho que de la persona en duelo ha de conformar su mundo interno y sus relaciones externas a una nueva situación que debe incorporar la pérdida o deterioro del objeto de la pérdida u objeto perdido.

Para Tizón, la importancia de los procesos de duelo para la estructuración de la personalidad y para la salud mental de la persona radica en que todas las pérdidas o frustraciones acompañadas de su representación mental y percibidas a nivel consciente o inconsciente como tales, desencadenan una serie de emociones y sentimientos que van desde la tristeza y el dolor a la rabia y la agresión; desde la protesta a la desesperanza; desde la rivalidad y los celos contra el objeto perdido y/o nuestros competidores hasta la envidia hacia él o ellos; desde el recuerdo de lo bueno que nos proporcionó hasta el sumergirse en el resentimiento por el daño que nos causó o por lo que dejó de darnos o hacernos. A tal situación mental, más o menos duradera y siempre penosa para la persona que la sufre, Tizón la denomina *situación de duelo o proceso (emocional) del duelo*; y añade que éste pueden dar lugar, o no, a conductas expresivas de tal situación intrapersonal. Los procesos de duelo serán entonces el conjunto de fenómenos psicológicos (conductuales, emocionales, cognitivos y psicosociales), que se aprecian desde la pérdida afectiva hasta la elaboración del duelo.

Toda pérdida pone en marcha los procesos (psicológicos) del duelo, pero la muerte de un ser querido pone en marcha los duelos (manifestaciones globales ante esta pérdida) y los lutos (conjunto de ritos o manifestaciones sociales más o menos ritualizadas ante la muerte de un allegado). Tizón (2004) presenta una categorización de las posibles pérdidas que las personas podemos sufrir, susceptibles de poner en marcha los procesos de duelo:

- *Pérdidas relacionales*: La muerte de un ser querido, odiado, o con el cual nos relacionábamos de forma ambivalente; algunas consecuencias relacionales

de las enfermedades; separaciones matrimoniales y divorcios; abandonos a lo largo de la vida y, particularmente, las situaciones de privación y deprivación afectiva en la infancia; el abuso físico y/o sexual en tanto se rompe la posibilidad de una vinculación significativa; pérdidas asociadas a las migraciones; etc.

- *Pérdidas intrapersonales*: pérdidas de aspectos o partes del self o identidad anterior y por la dificultad de construir unos o una nuevos, como sucede en los desengaños.
- *Pérdidas materiales*: Un objeto concreto, animado, inanimado o abstracto parece tangible y definido, pero el significado que adquiere para una persona tiene que ver con los afectos que se dirigen a éste en el mundo interno de la persona. Este objeto puede representar una parte del self o de la identidad individual, familiar o social; o a otra persona significativa o parte de ella. En esta categoría caben los objetos materiales significativos, los objetos atesorados, o los “tesoros” personales, familiares o sociales (joyas familiares, banderas, escudos) y también elementos abstractos tales como la nación, los ideales nacionales, la religión, etc.
- *Pérdidas evolutivas*: Son aquellas ligadas al desarrollo y que forman parte del ciclo vital de forma continua, por lo que en ocasiones no son reconocibles por la persona que las sufre. Son transiciones psicosociales o crisis individuales y colectivas que suponen situaciones de riesgo de descompensación psicológica o psicosocial.

Según Tizón (2004) y Fonnegra (2006), toda pérdida trae consigo pérdidas derivadas llamadas secundarias, que no corresponden exclusivamente a una de las categorías descritas, sino a más de una. Los sentimientos o aflicción por una pérdida nunca se deben solamente a la pérdida presente y particular que se tuvo, siempre existe una combinación de los cuatro tipos descritos, por lo que se recomienda discernir y diferenciar qué aspectos implica la pérdida expuesta por la persona, ya que toda pérdida afectiva primaria, en cualquier categoría, tiende a

poner en marcha muchas otras pérdidas secundarias, en ocasiones más desorganizadoras, desde el punto de vista afectivo que la inicial o primaria.

Tizón (2004) destaca que para crecer psicológica y psicosocialmente es inevitable soportar la realidad y experimentar los duelos y procesos del duelo que ello supone; y subraya que en tanto fenómenos psicosociales, la pérdida afectiva, la aflicción y los procesos de duelo, invariablemente implicarán los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la persona que la sufre. En consecuencia, también es importante revisar las expresiones de la pérdida en los ámbitos biológico, psicológico y social. Toda pérdida psicológica repercute en alguno de los otros aspectos, es decir, puede provocar alteraciones en la fisiología, así como actitudes y cambios psicosociales o sociales de consideración.

Fonnegra (2001), Kübler-Ross (1969/2006), O'Connor (2009) y Tizón (2004), abordan la importancia de los cambios sociales que se han dado en torno a la muerte. Todos coinciden en que la sociedad actual se caracteriza por desafiar o negar la muerte, por combatirla y repelerla, así como por una marcada prisa por elaborar el duelo y “volver a la normalidad”, lo cual dificulta el proceso de duelo al negar de alguna forma la importancia y profundidad de los sentimientos de los sobrevivientes.

2.2. Modelos para el estudio del duelo.

Para explicar los fenómenos relacionados al duelo se han desarrollado múltiples modelos o aproximaciones teóricas que se consideran formas de comprender y categorizar dichos fenómenos. La revisión exhaustiva de todos ellos, sobrepasa por mucho los alcances de esta tesis y, dada la intención de ésta, a continuación se exploran los modelos teóricos que a juicio de la autora resultan conveniente subrayar, dada su relevancia en la explicación y atención del duelo y sus procesos.

2.2.1. Modelos psicosociales del duelo.

Centeno (2013), Nomen (2009) y Tizón (2004), indican que esta perspectiva está basada en los trabajos realizados por Enrich Lindemann, luego de atender a personas en duelo a causa de pérdidas de familiares o amigos tras el incendio del night-club Coconut Grove, en Boston. Este autor propuso seis características de la aflicción aguda o pena:

1. Molestias somáticas.
2. Preocupación por pensamientos o imágenes acerca del difunto.
3. Culpa relacionada con el muerto, con el hecho, o con lo perdido.
4. Reacciones violentas.
5. Tendencia a asumir rasgos del muerto en la propia conducta.
6. Pérdida de funciones y capacidades.

Lindemann considera al duelo como un trabajo a realizar que incluye: a) la disolución de los vínculos emocionales con el muerto; b) el reajuste al medio sin la presencia física del difunto, y c) el establecimiento de nuevas relaciones.

2.2.2. El duelo como proceso adaptativo.

Según Nomen (2009), esta perspectiva considera al duelo como un proceso natural para la supervivencia del individuo ante las pérdidas y las separaciones, como un intento de adaptarse a nivel individual y externo.

Tizón (2004) incluye en este modelo los trabajos de Furman, publicados en 1973, sobre la capacidad de los niños para enfrentar el duelo y, la aportación de Pollock quien, en 1961, desarrolló la noción de duelo como respuesta, filogenéticamente fundamentada, de adaptación tras la pérdida. Al igual que Bowlby, Pollock concluyó que los procesos de duelo están biológicamente determinados y que se desarrollaron con la evolución para asegurar la supervivencia ante las pérdidas y las separaciones. Tal finalidad determina la tendencia dual del duelo y los ritos del duelo, que va oscilando entre los *ritos de la separación* (transportar el cuerpo,

quemar o enterrar ciertas posesiones, sacrificio de animales, etc.) y los *ritos de transición/incorporación al mundo interno* del fallecido. Para los primeros, existen pocas variaciones interculturales; no así para los segundos.

Desde este modelo la expresión del duelo deja de ser universal, homogénea, teniendo diferentes formas de expresión, ritos y comprensiones dependiendo de variables diversas tales como clase social, cultura, periodo histórico, etc.

2.2.3. El duelo como expresión de crisis o transición psicosocial.

La teoría de la crisis permite considerar a las pérdidas afectivas y los procesos de duelo como momentos de crisis en el <<sistema humano>>. Desde esta teoría, en un sistema o estructura se ocasiona una crisis cuando los aportes externos necesarios para su mantenimiento disminuyen por debajo de los mínimos, cuando la necesidad del sistema o individuo superan las posibilidades de aporte del medio psicosocial o cuando el programa primitivo que domina al sistema predetermina la crisis ante determinadas circunstancias internas o externas del mismo. Los individuos tienden a sufrir una serie de crisis en los momentos de cambio de una fase psicosocial a otra. Estas transiciones psicosociales implican procesos de duelo con ciertas características en común, tanto en su desencadenamiento como en los medios que la sociedad proporciona para contener el impacto de dichas pérdidas. Como resultado, se da una transición en el desarrollo y la aparición de nuevas vivencias individuales y grupales, así como de nuevos papeles y relaciones sociales, a los que definitivamente contribuyen los procesos de duelo psicológicos y psicosociales. Una crisis pone en entredicho toda adaptación de la persona a nivel psicológico, social y biológico, además de que desencadena dificultades de integración y adaptación en los mismos niveles, especialmente en situaciones o personas de riesgo o en grupos vulnerables. (Tizón, 2004).

2.2.4. El duelo como cumplimiento de tareas psicológicas y psicosociales.

Según Tizón (2004), en esta perspectiva pueden incluirse los trabajos y propuestas de Strobe y colaboradores, Worden, Weiss y Cleiren. Desde este modelo se hace

hincapié en que la persona afligida, el deudo, es un agente en la adaptación a la pérdida, incluso aunque no sea consciente de las tareas que afronta. Es una postura cognitiva para la cual el duelo es algo necesario, un proceso que implica un importante sufrimiento, pero que puede ser aliviado mediante el consejo y/o la psicoterapia de apoyo. Aquí, la elaboración del duelo supone una aceptación de la experiencia total de dolor y sufrimiento mental inherente al duelo, así como del sufrimiento adicional que emerge durante las tareas del duelo. El duelo ha de ser entendido a partir de las demandas que debe afrontar la persona en duelo y no como una serie de objetivos a alcanzar.

Tanto Centeno (2013) como Tizón (2004), señalan como uno de los exponentes de esta perspectiva a Rando, quien propuso el modelo denominado de las Seis R. Su objetivo es proporcionar a los clínicos una idea de las fases y de las tareas que se intentan alcanzar durante el proceso de elaboración del duelo, así como favorecer la identificación de diversos tipos de duelo y la ayuda psicosocial. Estas Fases y tareas son:

1. Fase de negación. Tareas a alcanzar: Reconocimiento de la pérdida a nivel cognitivo y afectivo.
2. Fase de confrontación. Tareas a alcanzar: Reacción mediante experiencias de pena, expresiones de dolor y duelos simbólicos y secundarios. Reviviscencia de la relación. Renuncia a los vínculos y al mundo que significan.
3. Acomodación. Tareas a alcanzar: Readaptación al nuevo mundo, olvidando el viejo. Revestimiento de los afectos.

Desde el punto de vista de la autora del presente trabajo, el modelo propuesto por Worden resulta sumamente atractivo. J. William Worden (2004), propuso el concepto de tareas del duelo para entender el proceso del duelo. Su modelo basado en la realización de 4 tareas básicas propone que la persona ha de ser activa a lo largo del proceso y da relevancia a las influencias sobre el duelo provenientes del exterior. Para Worden es indispensable que la persona complete estas tareas antes

de poder acabar el duelo y aunque éstas no siguen necesariamente una secuencia determinada, sí se sugiere cierto ordenamiento.

Según Worden (2004, p. 47), “la elaboración del duelo es un proceso cognitivo que supone afrontar y reestructurar los pensamientos sobre el difunto, la experiencia de pérdida y el mundo cambiado en el que ahora debe vivir la persona que ha sufrido la pérdida”.

Las tareas propuestas por este autor son las siguientes:

- Tarea 1: aceptar la realidad de la pérdida.

Requiere afrontar plenamente la realidad de que la persona está muerta, que se ha marchado y no volverá, asumiendo que el reencuentro es imposible, al menos en esta vida.

La conducta de búsqueda propuesta por Bowlby se relaciona con el cumplimiento de esta tarea. Algunas personas no aceptan que la muerte es real y se estancan en esta tarea. Esta negación de la pérdida puede manifestarse de diversas formas y en varios niveles que fluctúan entre una ligera distorsión de la realidad (por ejemplo, ver al fallecido personificado en otra persona), hasta el autoengaño total que implicaría, incluso, guardar el cuerpo del fallecido durante días, conducta observada en personas psicótica o excéntricas y solitarias.

Generalmente, implica negar la realidad, el significado o la irreversibilidad de la pérdida. Una forma frecuente de hacerlo es la llamada “momificación”, en la que la persona guarda posesiones del fallecido en un estado momificado, preparadas para usar cuando él o ella vuelva. Esta conducta no debe considerarse extraña, pero se convierte en negación si dura varios años.

Por otra parte, negar el significado de la pérdida puede manifestarse cuando ésta se considera menos significativa de lo que realmente es, con expresiones descalificativas hacia el muerto, no extrañándolo o acabando con todo aquello que lo recuerde. Acabar con todos los recuerdos asociados con el fallecido es lo opuesto

a la “momificación”, en tanto minimiza la pérdida. El sobreviviente se protege mediante la ausencia de objetos que lo confronten con la muerte del ser querido.

El olvido selectivo es otra forma de negar la muerte, la persona borra todo recuerdo relacionado con la persona fallecida. Por su parte, el espiritismo también cumple esta función. Si bien es normal sentir la esperanza de reunirse con el fallecido, especialmente en los primeros días o semanas después de la pérdida, la esperanza crónica no lo es. A veces, la realización de la tarea 1 se complica negando la irreversibilidad de la muerte.

La aceptación de la realidad y la incredulidad son intermitentes mientras se intenta resolver esta tarea. Admitirla toma tiempo, pues se requiere una aceptación intelectual y una aceptación emocional. Los rituales tradicionales como el funeral ayudan a la persona a acercarse a la aceptación. Para Worden (2004), soñar con el fallecido es una manera de validar la realidad de la muerte mediante el contraste crudo con la realidad al despertar.

- Tarea 2: trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.

La pérdida está asociada al dolor emocional, al dolor conductual y al dolor físico. No hay pérdida de un ser amado sin experimentar cierto grado de dolor, pero la intensidad y la forma de expresión del mismo puede ser variable, dependiendo de lo que Worden llama <<mediadores del duelo>> y que se reseñan más adelante.

Worden (2004) señala que la interacción entre la persona y la sociedad puede dificultar la realización de esta tarea si no permite a la persona la libre expresión del dolor. En opinión de Worden (2004) y Tizón (2004) la sociedad actual está menos dispuesta a permitir a los deudos expresarse en sus manifestaciones pues se consideran inconvenientes, e incluso hasta dañinas, para la persona (“no sientas pena por ti mismo”, “hay que seguir adelante”, “te hará daño sentirte así”, etc.) a quien frecuentemente se pretende distraer de su dolor.

La realización de esta tarea puede cursar con dificultades, tales como: la persona bloquea sus sentimientos y niega el dolor; evita pensamientos dolorosos, recurre a

la detención del pensamiento; estimula sólo pensamientos agradables del difunto, idealiza al muerto; evitan las cosas que se lo recuerdan, recurre a la cura geográfica viajando de un lugar a otro, buscando cierto alivio a su dolor; o usa alcohol o drogas. Eventualmente podría darse una respuesta eufórica ante la muerte, pero suelen ser muy frágiles y efímeras.

Experimentar el dolor de la pérdida y entender que será temporal, ayuda a llevar a cabo la tarea 2. Uno de los objetivos del asesoramiento psicológico es facilitar esta tarea para que la persona no experimente ese dolor toda su vida. Además del dolor, hay otros sentimientos asociados a la pérdida que se deben procesar: la angustia, la ira, la culpa y la soledad.

- Tarea 3: adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente.

Según Worden (2004) son tres las tareas de adaptación que se deben llevar a cabo:

- a) *las adaptaciones externas* (cómo influye la muerte en la actuación cotidiana de la persona). Adaptarse a un nuevo medio puede significar cosas distintas para cada persona, y depende del tipo de relación que se tenía con el fallecido y de los roles que éste desempeñaba. Darse cuenta de ello puede tomar entre 3 o 4 meses. Facilitar el reconocimiento de lo perdido y la manera en que la persona logra subsanar la ausencia de la otra persona aprendiendo los roles del otro, puede redundar en un beneficio para la resolución de esta tarea.
- b) *las adaptaciones internas* (cómo influye la muerte en la imagen que la persona tiene de sí misma). La muerte confronta al superviviente con la necesidad de adaptarse a su propio sentido de sí mismo; e influye su autoconcepto, su autoestima y su sentimiento de eficacia personal. Algunas personas definen su identidad, su autoestima y su sensación de eficacia o agencia personal, a partir de sus relaciones con otra persona y al perderla éstas puede verse afectadas.
- c) *las adaptaciones espirituales* (cómo influye la muerte en las creencias, los valores y los supuestos sobre el mundo que rodea a la persona. La muerte

puede cuestionar los valores fundamentales y las creencias filosóficas de la persona y es común sentir que se ha perdido el sentido de la vida. La muerte suele poner en duda estos supuestos básicos: que el mundo es un lugar benévolo; que el mundo tiene sentido; y que la persona misma es importante; especialmente en casos de muerte súbita. Sin embargo; la muerte también puede confirmar creencias básicas, ajustándose a lo que se espera, ratificando las ideas del sobreviviente.

La tarea 3 está detenida cuando “la persona lucha contra sí misma fomentando su propia impotencia, no desarrollando las habilidades de afrontamiento necesarias o aislándose del mundo y no asumiendo las exigencias del medio” (Worden, 2004, p. 56). Afortunadamente, la mayoría de las personas asume nuevos roles, desarrolla habilidades insospechadas y sigue adelante con su nuevo sentido de identidad y su renovada concepción del mundo.

- Tarea 4: recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.

Para Worden (2004, p. 57), esta tarea consiste en “encontrar un lugar para el difunto que permita a la persona superviviente estar vinculada a él, pero de un modo que no le impida continuar viviendo”, en lugar de intentar olvidarlo o separarlo de su vida. Worden lo expresa así:

“Una persona en duelo nunca olvida del todo al fallecido al que tanto valoraba en vida y nunca rechaza totalmente su rememoración. Nunca podemos eliminar a aquellos que han estado cerca de nosotros, de nuestra propia historia, excepto mediante actos psíquicos que hieren nuestra propia identidad” (Volkan, 1985, p. 326; en Worden 2004, p. 58).

“Podemos seguir teniendo lo que hemos “perdido”, es decir, sintiendo un amor continuo, aunque transformado, por la persona fallecida. En realidad no hemos perdido los años que hemos vivido con la persona fallecida ni nuestros recuerdos. Ni hemos perdido su influencia, la inspiración, los valores o los significados encarnados en su vida. Podemos incorporar activamente estas influencias a nuevas pautas de vida que incluyan las relaciones transformadas pero perdurables con

las personas que nos han importado y a las que hemos amado” (Attig, 1996, p.189; en Worden, 2004, p. 59).

La cuarta tarea se obstaculiza manteniendo el apego del pasado en lugar de formar otros nuevos. Para muchas personas esta tarea es la más difícil de cumplir, y pueden encontrar la pérdida tan dolorosa que deciden no querer a nadie nunca más. Mucho más tarde, pueden darse cuenta de que su vida se detuvo a partir de la pérdida, hasta que logran reconocer que existen muchas más personas a quienes amar, sin que ello implique dejar de amar a la persona fallecida.

2.2.5. El duelo como momentos, fases o etapas: La Teoría del apego y el modelo de Kübler-Ross.

Se han identificado ciertos momentos o fases que pueden apreciarse en el duelo, aunque ello no implica que los mismos momentos, con idénticas características y secuencia, se den en cada caso particular. No obstante, es importante tener en cuenta esta visión del duelo a fin de comprender estos procesos.

Entre este tipo de modelos explicativos del duelo se encuentra el propuesto por Bowlby (1980/1997) y el desarrollado por Kübler-Ross (1969/2006).

La teoría del apego es uno de los pilares fundamentales de la aproximación contemporánea a los procesos de duelo. Su autor, John Bowlby, de formación psicoanalista, estudió la pérdida afectiva en niños, jóvenes, adultos, viudos y voluntarios. Integró a su estudio a la psicología comparada, la biología, la teoría de la información, la etología, la línea neodarwiniana y la neuropsicofisiología, dando como resultado una teoría de los afectos. Para él, no hay un instinto, sino diferentes conductas instintivas, entre las cuales sobresale la conducta de apego.

Se ha definido al *apego* como aquel lazo que una persona o animal forma entre él y una figura específica (*figura de apego*), que tiende a mantenerlos juntos en el espacio y que perdura en el tiempo. En esta misma línea, se define a la *conducta de apego* como aquella que promueve la proximidad y el contacto. El período más sensible para el desarrollo del apego y la estructuración de la conducta es el de los

primeros cinco años y en menor grado los diez años subsiguientes. Esta conducta afectiva regirá la vida del hombre desde su nacimiento hasta su muerte. Entre las conclusiones de Bowlby sobresale la notable similitud entre las respuestas de los niños pequeños a la pérdida de la madre y las respuestas de los adultos a quienes la muerte ha arrebatado un ser querido.

Bowlby (1980/1997) emplea el término *duelo* para denotar una serie amplia de procesos psicológicos, conscientes e inconscientes, que la pérdida de una persona amada pone en marcha. Para él, el término *aflicción* describe el estado de una persona que experimenta dolor de manera más o menos manifiesta, y concluye que la aflicción sana presenta una serie de rasgos que en otras épocas se consideraban patológicos y carece de otros que antes se consideraban típicos. Finalmente, propone emplear el término "*ritos del duelo*" en relación a la manifestación pública del duelo.

Basado en sus observaciones sobre la viudez y la forma en que la que las personas responden a la pérdida de un familiar cercano, Bowlby (1980/1997) concluye que en el curso de semanas o meses, sus respuestas pasan por una sucesión de fases, cuyos límites entre sí no son nítidos y entre las cuales las personas pueden oscilar.

Las cuatro fases son las siguientes:

1. Fase de embotamiento.

Dura desde algunas horas hasta una semana y puede estar interrumpida por episodios de aflicción y/o cólera sumamente intensa. La mayoría de las personas se siente aturdida y, en diversos grados, incapaz de aceptar la realidad.

2. Fase de anhelo y búsqueda de la figura pérdida. (Dura meses y a veces años).

Después de horas o días a partir de la pérdida, la persona comienza, aunque sea episódicamente, a aceptar la realidad de la pérdida, produciendo intenso anhelo, espasmos de congoja y accesos de llanto. Incluye inquietud, insomnio y pensamientos obsesivos respecto al difunto, combinados con la sensación de su presencia concreta y una acentuada tendencia a interpretar señales y sonidos como

indicaciones de que aquel ha vuelto. Se presentan vívidos sueños en que el finado está vivo y goza de buena salud con la consecuente desolación al despertar.

La persona fluctúa entre dos estados de ánimo. Por un lado está la creencia de que la muerte es real, con el dolor y el anhelo desesperanzado implícito; por el otro, se haya la incredulidad acompañada por la esperanza de arreglo y por la imperiosa necesidad de buscar a la persona pérdida y recuperarla.

En las personas cuyo duelo sigue un curso sano, la necesidad de buscar y recuperar, generalmente intensa en las primeras semanas y meses, disminuye con el tiempo, y su manifestación varía de persona a persona. Los rasgos característicos de las formas complicadas de duelo, pueden entenderse como el resultado de la persistencia activa de ese impulso que tiende a expresarse en diversas formas encubiertas y deformadas.

El clínico puede suponer esta fase si observa las siguientes conductas: movimientos inquietos y exploración del medio, pensar intensamente en la persona pérdida, actitud perceptual para con el difunto, atención a los lugares en donde podría encontrarse el muerto, llamar a la persona pérdida vocalmente, a gritos o por medio del llanto incontrolable. Conductas que oscilan entre atesorar los recuerdos del muerto y deshacerse de ellos, volver a los lugares donde se estuvo con él y evitarlos.

Los rituales vinculados al duelo son importantes en esta fase, en tanto permiten durante un tiempo dar al muerto un lugar tan importante en la vida del deudo como el que tuvo antes de morir, al tiempo en que enfatizan la muerte como un hecho crucial cuyas consecuencias es menester reconocer.

3. Fase de desorganización y desesperanza.

Esta fase se caracteriza por la aparición de la cólera, la cual es frecuente y útil cuando la separación es temporaria, ya que ayuda a superar los obstáculos que impiden la reunión con la persona perdida. Cuando así sucede, los reproches contra el supuesto responsable de la separación hacen menos probable que ésta se vuelva a repetir. Pero la rabia y el reproche están fuera de lugar cuando la separación es

permanente. Bowlby (1980/1997) explica que como la pérdida irreparable es poco común instintivamente reaccionamos de esa forma, como si la muerte de un ser querido fuera reparable.

En esta fase del duelo, la ira es provocada por aquellos a quienes se considera responsables de la pérdida y por las frustraciones que surgen durante esa búsqueda inútil. Es una fase de desorganización y desesperanza. También se presenta cierto grado de desapego de la figura perdida, la tendencia a pedir ayuda y, a la par, también a rechazar a quienes la brindan. Es una fase caracterizada por la desesperanza respecto a la reunión con la persona perdida, triste y dolorosa, en la que se va construyendo la certeza de que el reencuentro es imposible.

4. Fase de organización.

Conforme se llega a reconocer y a aceptar que la pérdida es permanente, es posible comprender que los patrones de conducta previos se han vuelto inapropiados para forjar unos nuevos. Aunque en un inicio la persona siente que nada de lo pasado puede salvarse y por ende puede caer en la depresión y la apatía, poco a poco comienza a examinar la nueva situación y a considerar las posibles maneras de afrontarla. Se efectúa una redefinición de sí mismo y de la situación que permite trazar planes a futuro. Dicha redefinición implica un acto cognitivo, se trata de un proceso de realización, de remodelación de los modelos representacionales internos a fin de adaptarlos a los cambios producidos en la vida de la persona. El doliente comienza a hacer intentos por desempeñar roles nuevos y adquirir nuevas habilidades, y cuanto más éxito tenga el deudo en estas tareas, su confianza e independencia se reforzarán.

Por otra parte, al estudiar a pacientes desahuciados y moribundos, la Dra. Elizabeth Kübler-Ross (1969/2006), identificó las fases por las que ellos atraviesan al enfrentar la propia muerte. Estas fases son:

- Primera fase: negación y aislamiento.

Comprende reacciones del tipo “no, yo no, no puede ser verdad”. Es una negación inicial común ante el hecho de saberse mortalmente enfermo. La negación, por lo menos parcial, es habitual durante las primeras fases de la enfermedad o al recibir el diagnóstico y a lo largo de todo el proceso, considerando la posibilidad de la propia muerte durante un tiempo para luego desecharla con la finalidad de continuar viviendo. Generalmente es una defensa provisional, seguida de una aceptación parcial, funciona como un amortiguador ante la noticia inesperada e impresionante, y con el tiempo, permite movilizar otras defensas menos radicales. Cuando la persona comienza a reconocer su realidad, recurrirá probablemente al aislamiento provocado por la persona misma y en ocasiones facilitado por quienes la rodean y no logran manejar su propia dificultad para lidiar con la situación.

- Segunda fase: ira.

Ante la imposibilidad de continuar negando la inminencia de la propia muerte, aparecen sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. Surge la pregunta ¿por qué yo?, ¿por qué ahora? Resulta una fase de difícil manejo, especialmente para la familia porque la persona dirige su ira en contra de todo su entorno. La ira se descarga también en forma de envidia, contra aquellos que pueden disfrutar de lo que el enfermo ya no puede. La persona hará cualquier cosa para asegurarse de que no se olvide su condición: alzará la voz, exigirá que se le atienda y solicitará cosas, como una forma de decir “todavía no estoy muerto”. Algunas personas que han ejercido el mando durante su vida, responden con rabia e indignación cuando la enfermedad les obliga a cederlo.

- Tercera fase: pacto.

Es breve, y en ella se llega a una especie de acuerdo que posponga la muerte. Por experiencias pasadas, la persona sabe que la buena conducta trae recompensas o el cumplimiento de algún deseo y lo que en esta fase suele desearse es una prolongación de la vida o unos días sin dolor o molestia física. El pacto es un intento de posponer los hechos mediante el premio por una buena conducta, fijando un plazo de vencimiento impuesto por la persona misma (otra actuación, la boda del hijo, el cumpleaños de alguien, etc.) bajo promesa de no pedir nada más si se

concede este aplazamiento. La mayoría de los pactos se hacen con Dios y se guardan en secreto o se mencionan entre líneas o se comparten con algún ministro religioso.

- Cuarta fase: depresión.

Existe una gran sensación de pérdida, la cual puede ser de diversos tipos (personal, psicológica, material, económica, laboral, etc.) a la cual se añaden pérdidas secundarias. Kübler-Ross (1969/2006) distingue dos tipos de depresión que se presentan en esta fase: a) depresión reactiva, como respuesta a las pérdidas ya sufridas; y b) depresión preparatoria, que es una preparación a la pérdida inminente de todos los objetos de amor.

- Quinta fase. Aceptación.

Si un paciente ha tenido bastante tiempo y ha cursado por las fases descritas, llegará a una fase en la que su destino ya no le enoja ni deprime, pero no por ello es una fase feliz. Se caracteriza por estar casi desprovista de sentimientos. La persona ha encontrado cierta paz y aceptación, y su capacidad de interés disminuye. Desea estar solo, no desea visitas o la prefiere breves. Si las acepta, no muestra ganas de hablar y se expresará con gestos para pedir, tal vez, una silenciosa compañía. Todo lo anterior es un intento por desligarse de las personas para hacer la muerte más fácil. Si bien puede sentirse en paz y preparada para encarar la muerte, siempre existirá en ella cierta esperanza de curación. En estos momentos, generalmente es la familia la que necesita más ayuda, comprensión y apoyo.

2.3. Sobre las diferencias individuales en la respuesta a la pérdida.

Para explicar los diferentes modos en que las personas enfrentan las tareas del duelo y cómo responden ante la pérdida, Worden (2004) propone conocer *los mediadores del duelo* que están involucrados en cada caso particular. Estos mediadores coinciden con las variables observadas por Castro (2008), Centeno, (2013), Nomen, (2009) y Tizón (2004).

- Mediador 1: Cómo era la persona fallecida y cuál era su relación con el sobreviviente. El parentesco identifica quién era la persona fallecida (padre, madre, hermano(a), abuelo(a), amigo (a), esposo(a), amante, etc.). Evidentemente, perder a un amigo será diferente de perder a un hijo o a la pareja.
- Mediador 2. La naturaleza del apego. Involucra:
 - a) *La fuerza del apego*. La ansiedad del duelo está determinada por la intensidad del amor. La reacción emocional aumentará su gravedad dependiendo de la intensidad de la relación.
 - b) *La seguridad del apego*. Es importante saber qué tan necesario era el fallecido para la sensación de bienestar de la persona y para su autoestima.
 - c) *La ambivalencia de la relación*. En cualquier relación, básicamente se ama a la persona pero también coexisten sentimientos negativos; sin embargo, generalmente, los sentimientos positivos sobrepasan a los negativos. Si ambos sentimientos son casi proporcionales, es esperable una reacción emocional más difícil e intensa en el duelo. Es común encontrar sentimientos de culpa cuando la relación es ambivalente.
 - d) *Los conflictos con el fallecido*. Incluye tanto los conflictos cercanos a la muerte como a la historia de conflictos. En relaciones conflictivas es probable encontrar cuestiones pendientes de resolver antes del fallecimiento, sobre todo en caso de muerte repentina.
 - e) *Relación de dependencia*. Pueden influir en la adaptación de la persona, sobre todo en lo referente a la tarea 3.
- Mediador 3. Manera de morir. Conocer cómo murió la persona dará indicios sobre cómo se elaborará el duelo. Las categorías NASH hacen referencia a las causas de la muerte: natural, accidental, suicidio y homicidio. Otras dimensiones asociadas al tipo de muerte son:
 - a) *Proximidad*: Lugar geográfico donde sucedió la muerte; cerca o lejos del sobreviviente. La distancia da una sensación de irrealidad que influye en la tarea 1 del duelo.

- b) *Muerte imprevista o esperada.*
- c) *Muerte violenta o traumática.* Las circunstancias que rodean a la muerte facilitan la expresión del enfado y la culpa por parte del sobreviviente, especialmente en casos de muerte accidental, en donde se aumenta también la sensación de impotencia. Una muerte violenta posiblemente afectará la noción del mundo de la persona, complicando la tarea 3.
- d) *Pérdidas múltiples.* Ya sea en un mismo evento o en un periodo relativamente corto, dan lugar a una “sobrecarga de duelo” caracterizada por demasiado sufrimiento y dolor que impiden a la persona los sentimientos asociados a la tarea 2.
- e) *Muertes evitables.* Dan lugar a sentimientos de culpa que requieren ser atendidos como parte de la tarea 2. Pueden estar asociadas a litigios que alargan el proceso de duelo de los implicados.
- f) *Muertes ambiguas.* La persona no sabe con certeza si un ser querido está vivo o muerto, dejándola en la duda de elegir conservar la esperanza o ceder al dolor del duelo.
- g) *Muertes estigmatizadas.* Dan lugar a lo que se denomina “privación del duelo”, además de que el apoyo social a la persona doliente puede ser insuficiente. Tal es el caso de muertes por suicidio o sida.
- **Mediador 4: Antecedentes históricos.**
Incluyen pérdidas anteriores y formas de elaborar los duelos correspondientes; es necesario explorar si éstos se elaboraron completamente o su irresolución se añade a la pérdida actual. Es conveniente conocer la historia de la salud mental previa a la pérdida. Abarca también cuestiones familiares, ya que la pérdida y el duelo sin resolver pueden involucrar varias generaciones e influir en los procesos de duelo actual.
- **Mediador 5: variables de la personalidad de la persona en duelo.**

Abarcan:

- a) *Edad y sexo de la persona*, ya que pueden existir diferencias de género en la expresión de los sentimientos y la madurez (física y psicológica) con la que se enfrenta la pérdida.
- b) *Estilo de afrontamiento*. Inhibición ante los sentimientos, capacidad para soportar la angustia y enfrentar el estrés. Empleo de estrategias activas o pasivas, y su capacidad para resolver problemas.
- c) *Estilo de apego*. Apegos saludables: la persona ha tenido una buena separación de la principal figura de apego, la madre. Otras personas, con apegos y separaciones poco saludables, pueden desarrollar apegos caracterizados por la ansiedad o la ira a lo largo de su vida. Cuando se rompen los apegos saludables, se generan profundos sentimientos de pena; los apegos poco saludables, llevan a sentimientos de ira y de culpa ante la muerte del otro.
- d) *Estilo cognitivo*. El estilo optimista está asociado a la capacidad de encontrar algo positivo o redentor en una situación negativa. Algunas personas tiene un estilo cognitivo que supone una generalización excesiva, del tipo “nadie...” o “nunca...”. Cavilar con sentimientos negativos no es un estilo de afrontamiento eficaz.
- e) *Fuerza personal: autoestima y eficacia personal*. Las personas afrontan la muerte con actitudes relacionadas con el valor que se dan a sí mismas y por su capacidad de influir en lo que les sucede en la vida. Algunas muertes pueden afectar la autoestima y la eficacia personal del superviviente, dificultando las adaptaciones internas inherentes a la tarea 3, especialmente cuando la autoestima o la autoimagen negativa duradera han sido compensadas por el difunto.
- f) *Mundo de supuestos (creencias y valores)*. Todos tenemos supuestos sobre la benevolencia y el sentido del mundo que nos rodea, y algunas muertes pueden cuestionar estos supuestos, provocando una crisis espiritual. Ello dificulta las adaptaciones espirituales de la tarea 3. No obstante, algunas nociones del mundo pueden tener un papel protector para la persona, permitiéndole asimilar la tragedia (por

ejemplo, creer que todo es parte de un plan divino, o que se estará unido al difunto por toda la eternidad).

- Mediator 6: Variables sociales.
 - a) *Disponibilidad de apoyo*. En tanto fenómeno social, el duelo requiere compartirlo con otros. En el proceso del duelo, es determinante el grado de apoyo emocional y social percibido por el doliente, por parte de su entorno y la familia. Un apoyo social inadecuado o conflictivo dificulta el progreso del duelo. Es conveniente que el apoyo social perdure más allá del fallecimiento del ser querido y del funeral, para animar a la persona a superar la pérdida.
 - b) *Apoyo satisfactorio*. Es importante la percepción que tenga el superviviente del apoyo social que recibe, así como el grado de satisfacción que de él obtenga. Esta satisfacción está vinculada a la integración social de la persona (tiempo compartido con otros) y la utilización que se haga del apoyo social (confiar en los demás).
 - c) *Desempeño de roles sociales*. Aquellas personas quienes desempeñan más roles sociales, parecen adaptarse mejor a la pérdida.
 - d) *Recursos religiosos y expectativas éticas*. Dependen de la cultura a la que se pertenezca y la religión que el deudo profese.
 - e) *Ganancia secundaria*. Una persona puede obtener apoyo social a causa del duelo, pero un duelo prolongado puede tener el efecto contrario y alejarla de su red social.
- Mediator 7: tensiones actuales.

Ante la pérdida, se suceden cambios simultáneos y crisis, algunos inevitables. Ciertas personas y/o familias, pueden experimentar altos niveles de desorganización o pérdidas secundarias después de una muerte, incluyendo cambios económicos.

Cabe señalar que la conducta de duelo está multideterminada, y que la pérdida genera una intensa aflicción y depresión en la mayoría de los casos pero no en

todos, ya que los niveles de aflicción están determinados por los mediadores del duelo.

2.4. Tipología del duelo.

Tizón (2004), propone tres tipos de duelo: el duelo <<normal>>, el duelo complicado y el duelo patológico. Su definición de *duelo <<normal>>*, corresponde a la referida al inicio de este capítulo. Por *duelo complicado* entiende aquel que pronostica una probabilidad alta de complicaciones, dificultades en algunas de las fases o tareas, o bien un duelo patológico. Habla también de duelo complicado cuando aparecen sus síndromes más comunes: el duelo crónico, retrasado, exagerado o enmascarado. Finalmente, describe al *duelo patológico* como aquel que ha dado lugar a un trastorno mental catalogado en alguna de las clasificaciones en uso.

Por su parte, Worden (2004), señala que, independientemente de cómo se nombre la complicación de un duelo (duelo patológico, no resuelto, crónico, retrasado o exagerado), éste se caracteriza por:

“la intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución. [...] [Esto] implica procesos que no van hacia la asimilación o acomodación sino que, en su lugar, llevan a repeticiones estereotipadas o a interrupciones frecuentes de la curación” (Horowitz, 1980, p 1.157; en Worden, 2004, p. 117).

Worden (2004) basa la diferenciación del duelo en la necesidad de ofrecer a la persona consultante terapia o asesoramiento, procesos que él considera distintos. Desde su punto de vista, *el asesoramiento* tiene por objetivo facilitar las tareas del duelo a la persona que está elaborando uno reciente, con la finalidad de que ese proceso finalice exitosamente. Por su parte, en *la terapia de procesos de duelo* la meta es identificar y resolver los conflictos de separación que imposibilitan la realización de las tareas correspondientes en personas cuyo duelo: a) no aparece, b) se retrasa, b) es excesivo o prolongado.

Worden (2004) sugiere que la terapia es lo más apropiado en aquellas situaciones en que:

- a) el duelo complicado se manifiesta como duelo prolongado;
- b) el duelo se manifiesta con retraso;
- c) el duelo se manifiesta como una reacción exagerada;
- d) el duelo se manifiesta a través de algún síntoma somático o conductual enmascarado.

Este autor describe cada una de estas expresiones del duelo de la siguiente manera:

- *Duelo prolongado*. La persona es plenamente consciente de que no está logrando una resolución adecuada de su duelo, pues la pérdida sucedió hace varios meses o años. Posiblemente se deba a un conflicto de separación que obstaculiza la realización de alguna(s) tarea(s) del duelo. La persona asiste a consulta por voluntad propia. Aquí, la terapia implica investigar cuál tarea no se ha realizado y cuáles son los impedimentos para ello. Es útil comprender los mediadores del duelo para identificar estos impedimentos.
- *Duelo retrasado*. La persona puede tener una reacción insuficiente ante la pérdida. Puede deberse a la falta de sanción social, a la necesidad de ser fuerte por alguien más o sentirse abrumado por una gran cantidad de pérdidas. Resulta útil explorar con la persona su historia de pérdidas en un espacio emocionalmente seguro que le permita dosificar su dolor.
- *Duelo exagerado*. Corresponde a aquellos casos en que la persona experimenta una depresión o ansiedad excesiva o cualquier otra conducta asociada al duelo normal pero expresadas de forma exagerada, que las torna disfuncionales y que corresponden a algún diagnóstico psiquiátrico.
- *Duelo enmascarado con síntomas somáticos o conductuales*. Generalmente, la persona no es consciente de que el duelo no resuelto (asociado a una pérdida muy anterior) es la causa de sus síntomas; ya que en el momento de la pérdida no se produjo o se inhibió su expresión. Al no completarse, el duelo

generó complicaciones que, más tarde, se expresaron como síntomas de este tipo.

2.5. La pérdida de un ser querido.

Tizón (2004) señala que en todo duelo, y más en el relacionado a la pérdida de personas queridas o ambivalentemente amadas, existen culpa, momentos de preocupación mórbida, deseos de muerte por abatimiento o por identificación con el ser perdido, momentos de inhibición psicomotriz e incluso deterioro y experiencias pseudoalucinatorias que no necesariamente deben considerarse psicopatológicas.

No obstante, cada pérdida y su circunstancia implicarán necesidades particulares para los dolientes. Autores como Castro (2008), Fonnegra (2001), O'Connor (2009) y Worden (2004), han descrito la manera particular en las que las familias reaccionan ante la muerte de un ser querido, dependiendo del tipo de muerte y del miembro específico de quien se trate.

Los tipos de muerte a considerar son:

2.5.1. Muerte lenta o anticipada.

Es aquella que toma un periodo largo, es anunciada y generalmente se asocia a la enfermedad terminal. Las familias con un enfermo terminal deben enfrentar como unidad, y cada miembro en lo particular, una serie de presiones, exigencias, sentimientos, emociones y acomodados en su organización. Se considera que este tipo de muerte favorece el trabajo con la muerte y el duelo, ya que permite a los miembros de la familia cerrar asuntos pendientes antes de que el familiar muera.

Según Fonnegra (2001), los seres humanos requerimos ponerle fin a una relación, despedirnos; y la enfermedad terminal da esa posibilidad a familiares y amigos del enfermo, aportándoles alivio.

2.5.2. Muerte súbita.

Según Castro (2008), es aquella que nos toma de improviso y es inesperada. Se puede presentar de las siguientes maneras: a) violenta (accidente o asesinato); o b) de autoagresión (suicidio). Según Worden (2004) genera un gran sentimiento de irrealidad, especialmente si no se ve el cuerpo del fallecido. Se puede incluir también a la muerte masiva (atentados, catástrofes, etc.).

Cuando se presenta la muerte súbita el duelo se dificulta, ya que no se contó con tiempo para que los integrantes de la familia se prepararan y se despidieran. Son muertes muy dolorosas para los sobrevivientes ya que el duelo no anticipado inunda al yo, y sobre carga las capacidades adaptativas. De forma intempestiva, para los familiares desaparecen sus seguridades y su confianza, haciendo su mundo caótico y desordenado.

Worden (2004) señala que este tipo de muerte deja siempre la sensación de que la pérdida no es real, genera pesadillas e imágenes intrusivas a pesar de no haber estado presente en el momento de la muerte. Se exacerban los sentimientos de culpa y la necesidad de culpar alguien más, así como la sensación de impotencia. Genera agitación manifiesta en el deudo y remordimientos en relación asuntos no resueltos con el muerto, además de que incrementa la necesidad de comprender lo sucedido.

En el caso de muerte por accidente, el dolor puede agudizarse en los familiares por el estado en que quedó el cadáver. A pesar de ello, se sugiere que los familiares puedan verlo, si así ellos lo desean, para poder despedirse.

En los sobrevivientes de muerte súbita se da un impacto que se caracteriza por lo que se llama “la impresión de la muerte” a causa de haber percibido imágenes que no se pueden borrar de la mente; son formas de muerte grotescas y absurdas, que se gravan en el recuerdo de los familiares. Se presenta la culpa del sobreviviente a consecuencia de una inactividad, impotencia o incapacidad para actuar de manera tal que se evitarán las muertes. Los familiares pueden presentar “insensibilidad

psíquica”, esto es, la incapacidad de sufrir más, como resultado del bloque que opera como mecanismo de defensa ante lo que se ha visto y sentido.

Los sobrevivientes viven una pérdida de confianza básica en el mundo, lo que complica y alarga la completa elaboración del duelo. Igualmente, pueden presentar el llamado “síndrome de supervivencia”, que se manifiesta en estados depresivos crónicos, tendencia al aislamiento, ansiedad recurrente, trastornos de la memoria y del conocimiento, culpa, síntomas psicósomáticos y recuerdos brutalmente dolorosos.

2.5.3. Muerte natural.

Según Castro (2008) es consecuencia de la vejez o de alguna enfermedad, por ejemplo un infarto. Para Fonnegra (2001) la muerte natural repentina es aquella que sucede súbitamente sin mediar síntoma previo, como en el caso de un derrame cerebral, un aneurisma y otras enfermedades fulminantes. En su opinión, hay tres elementos que diferencian cualitativamente esta muerte de la muerte natural anticipada: 1) el impacto de la sorpresa, 2) la duda de si quien murió había dado señales previas que hicieran suponer que se encontraba enfermo(a), y 3) la preocupación de si sufrió o no al morir y respecto a si se dio cuenta que estaba muriendo. Aunque en la gran mayoría de los casos nada de lo que los familiares hubieran hecho habría evitado la muerte, por tratarse de una enfermedad fulminante, es común que durante un tiempo se pregunten una y otra vez qué habría pasado si hubieran hecho determinadas cosas. Para Fonnegra (2001) buscar una explicación médica sensata y coherente para esta muerte, ayuda a la familia a asimilarla mucho mejor.

“En estas muertes, al choque inicial debe añadirse lo absurdo de tener que aceptar que quien ayer estaba vivo hoy está muerto y no volverá. A esto se suman otros elementos como la culpa y los autorreproches, que no sólo se dirigen contra el supuesto descuido médico sino que también se ligan al repaso minucioso y crítico de los últimos días de vida con quien murió. Un disgusto, una pelea, un distanciamiento o lo contrario, un buen momento de relación, cobran un valor destacado para el

doliente. Las últimas palabras, afirmaciones y consejos son escrupulosamente repasados una y otra vez, buscando una señal de premonición, de despedida, de perdón o gratitud. A estas reacciones pueden unirse la rabia, una sensación de injusticia o un resentimiento casi inconfesable hacia el que murió” (Fonnegra, 2001, p. 26).

Si quien murió descuidó su salud a sabiendas de los riesgos, esto puede ser interpretado por la familia como un pseudoabandono voluntario o una especie de suicidio. La expresión de estas ideas censuradas por el mismo doliente permitirá el proceso de duelo.

A continuación se reseñan las diferentes pérdidas de seres queridos que pueden suceder en la familia y sus implicaciones.

2.5.4. Viudez, la muerte de la pareja.

Existe consenso (Bowlby, 1980/1997; Castro, 2008; Fonnegra, 2001 y O’Connor, 2009, Tizón, 2004) en considerar a la viudez como una de las pérdidas más dolorosas y amenazantes para la estabilidad emocional.

De acuerdo con Fonnegra (2001) la intensidad y la complejidad inherente al vínculo entre una pareja hace que perder al otro signifique afrontar innumerables pérdidas, tanto tangibles y cotidianas (el esposo(a), la seguridad económica, el compañero(a) sexual) como simbólicas, relacionadas con el significado interno que tiene esa pérdida (como una fuente de seguridad, la autoestima basada en el estar casado, el saberse importante en la vida de alguien, el estatus social, el apoyo en los momentos difíciles y la compañía en la vejez). Tizón (2004) añade que esta pérdida implica la pérdida de un compañero, un confidente, un amigo, un apoyo, un proveedor y un compañero sexual.

Al morir la pareja, el sobreviviente se ve obligado, luego de la desorganización inicial, a renunciar al mundo presuntivo que habían construido ambos. El mundo se torna amenazador, impredecible, confuso y peligroso; surgen la sensación de estar incompleto, de soledad y vacío; la falta de sentido de muchos proyectos, así como

la necesidad, la tarea, de hacer un duelo por cada una de estas pérdidas (Fonnegra, 2001; Tizón, 2004).

En aquellos casos en que la relación fue fuente de sufrimiento, si bien el sobreviviente puede experimentar cierta paz, el proceso de duelo puede complicarse, o puede aparecer la tendencia a idealizar al muerto, ignorando y excluyendo definitivamente los malos recuerdos. La viudez posterior a una mala relación presenta un alto riesgo de complicaciones emocionales (Fonnegra, 2001; Tizón, 2004).

Si la muerte del otro ocurre temprano en el curso de la relación de pareja, es más probable que lo que se pierda sea al otro idealizado. Cuando hay hijos, además de la tarea de asumir el propio duelo, el viudo o la viuda deben redefinir su identidad y sus funciones para adoptar las responsabilidades del otro (Fonnegra, 2001).

La viudez en la edad madura plantea problemas distintos. Luego de muchos años de convivencia juntos, la persona ha construido su identidad como la mitad de un todo, los amigos son comunes, los hijos ya se han ido de la casa y la vida en adelante parecía prometerle la plenitud y el disfrute que antes, por las múltiples tareas que debían realizarse, no habían sido posibles. En opinión de Fonnegra (2001) las segundas uniones pueden ser una tranquilizante solución a la necesidad de compañía.

En la vejez, la viudez implica una gran soledad puesto que casi no hay amigos (han ido muriendo) y la persona generalmente presenta problemas de salud que hacen difícil su supervivencia sola y cuyo cuidado representa dilemas y cargas extras para los hijos maduros.

“Aunque las relaciones conyugales entre ancianos suele presentar una dinámica de intolerancia-tolerancia, de irritabilidad y protesta mutua, ésta va unida a la absoluta necesidad del otro: la vida sin el cónyuge es inconcebible y la depresión, la apatía, e incluso la muerte, son frecuentes en los duelos por la pérdida de la pareja en los más ancianos” (Fonnegra, 2001, p. 190).

2.5.5. La muerte de los padres para el adulto.

Según O'Connor (2009) los adultos en edades jóvenes y medias se encuentran en el medio de sus padres y sus hijos; con diversos grados de dependencia de cada uno. Generalmente, en algún momento de la edad media, muere uno o ambos padres y los hijos adultos se convierten en los mayores de la familia.

De acuerdo con Fonnegra (2001), la reacción de cada persona ante la muerte de un padre es única y no se parece a ninguna otra. Nadie conoce el pasado de la persona ni su infancia como sus padres. Todos llevamos dentro a nuestros padres y son un referente poderoso en nuestras vidas. A través de la relación con ellos generamos el concepto que tenemos de nosotros mismos; y en cierta forma determinan nuestros gustos, esperanzas, estilos de vida, elección de pareja, así como nuestros roles laborales, sociales y familiares.

La gravedad del duelo por la pérdida de uno de ellos depende de quién era el difunto para el hijo, qué papel desempeñaba en su vida y qué espacios ocupaba en su mundo interno; así como de la forma y el momento del ciclo vital en el que murió. También son determinantes la cantidad y calidad de los recursos internos para enfrentar la adversidad y el dolor; y la disponibilidad de una adecuada red de apoyo familiar y social. Tal como se mencionó anteriormente, el tipo de relación que se tenía con el padre muerto (positiva o negativa) facilitará o dificultará el proceso de duelo (Fonnegra, 2001).

Para esta autora, con la muerte de los padres se interrumpe para siempre la más importante conexión con el pasado. El duelo es diferente si se trata de la primera o la segunda de las muertes, pues parece ser que para la última se está ya más preparado emocionalmente y tal vez con ella se resuelve el drama de la viudez y la soledad del padre sobreviviente. Sin embargo, el adulto doliente tendrá que enfrentar dos nuevas situaciones muy dolorosas: a) la orfandad, con la que se presenta la sensación definitiva de que ya para nadie se es hijo y la percepción también definitiva de que se es adulto; y b) la tarea de deshacerse de las cosas de

los padres y la organización de las relaciones familiares fraternas ya sin la presencia de ellos.

“La red de apoyo psicosocial ante la muerte de un padre anciano suele ser cuantitativa y cualitativamente inferior a la disponible ante la viudez y la muerte de un hijo. El esposo o esposa, el compañero, los hijos o los compañeros de trabajo pueden subvalorar la importancia e intensidad del duelo por uno de los padres viejos y esperar una pronta y satisfactoria recuperación de una pena transitoria, esperable y no traumática” (Fonnegra, 2001, p. 200).

2.5.6. La muerte de un hijo.

“La muerte de un hijo, especialmente el propio, es algo que a la mente humana le resulta muy difícil comprender, parece que es algo que va en contra de la naturaleza. El fin de una vida que se está formando o apenas comienza, es una crueldad casi inconcebible...” (O’Connor, 2009, p. 78).

La muerte de un hijo es tan difícil de entender que esta pérdida no tiene nombre, a diferencia de la viudez o la orfandad (Castro, 2008). Independiente de la edad del hijo(a) que muere, la experiencia es única, personal, particular en sus circunstancias, demoledora, devastadora y terrorífica por su intensidad y por la imposibilidad de aceptarla como real (Castro, 2008; Fonnegra, 2001; O’Connor, 2009).

Desde su concepción, el hijo ya existe en la fantasía de los padres y en cada etapa de la vida se va definiendo de una manera más real. Un hijo representa la ilusión de lo que los padres no pudieron ser, la oportunidad de reparar los daños de que se fue objeto en la propia infancia por la negligencia, el abandono o el abuso de algunos adultos, y la posibilidad de no repetirlos. Un hijo da un título, un papel y un trabajo vitalicios y de tiempo completo: el de mamá o papá. Los padres y los hijos están unidos por un amor incondicional que no se da en ninguna otra relación y que, generalmente, constituye la motivación primera para vivir por parte de los padres. El vínculo entre madre o padre y su hijo es inextinguible, de tal forma que aun cuando los padres tienen más de uno, cada uno es único, diferente, irremplazable,

por lo que el que murió deja un vacío imposible de llenar (Castro, 2008; Fonnegra 2001).

Cuando la muerte del hijo es inesperada, súbita, es casi imposible de aceptar, el dolor es indescriptible y se acompaña de una sensación de soledad y silencio extremos. El hecho de no haber podido despedirse a causa de la muerte por accidente, muerte violenta, muerte de cuna o suicidio, lentifica el proceso de duelo porque el estado de shock es más largo. Si la muerte fue anticipada por enfermedad, la reacción es la misma, salvo que quizá la sorpresa es menor.

La muerte de un hijo plantea una crisis de proporciones mayúsculas para la familia. El mundo ordenado y confiable se rompe en pedazos y el sentido de la vida se pierde entre la rabia, la desesperación y la ansiedad. Frecuentemente aparecen culpas por lo que se hizo o se dejó de hacer, y porque la función parental de proteger al hijo “fracasó”. Según Fonnegra (2001, p. 219):

“Cuando en lugar de cancelar la relación y reemplazarla por una de ausencia se eligen otras opciones que en apariencia permiten seguir conectados con el hijo muerto -pero vivo en el deseo-, el duelo toma un curso diferente, que no conduce a adaptarse a la vida ya sin él sino a construir un espacio en donde él perdure de una u otra forma: una relación secreta y misteriosa en la cual el anhelo universal de ser inmortales y eternos aparentemente se convierte en realidad”.

Kübler-Ross (1985) indica que los padres que pierden a un hijo por una muerte repentina, trágica o por asesinato, necesitan un lugar seguro donde puedan finalmente explayarse y dar rienda suelta a sus sentimientos; donde puedan gritar si lo precisan y donde puedan expresar con palabras lo indecible. En su opinión, los padres que más sufren con la pérdida de un hijo son aquellos cuyos sistemas de apoyo no están en el momento de producirse la crisis. Para ella, la culpa en los padres y hermanos aparecerá independiente de si la muerte fue esperada o repentina.

2.5.7. La pérdida de un nieto.

Fonnegra (2001), señala que para muchos abuelos el duelo por la pérdida de un nieto puede resultar doble: por una parte, por el nieto que nunca llegará a ser adulto y cuya muerte contradice las leyes de la naturaleza según la cual los jóvenes deben enterrar a los viejos; y por la otra, el duelo que sufren por su hijo o hija que a su vez vive un dolor inmenso para el cual no existe consuelo posible. De acuerdo a su experiencia, comenta que frecuentemente, los abuelos son mudos testigos de la tragedia familiar, la cual viven con impotencia y culpa, pues piensan que habría sido más lógica y esperada su muerte. Además, si el abuelo ha tenido que sufrir la muerte de alguno(s) de sus hijos, estas experiencias suelen revivirse con la pérdida de su nieto.

Con base en su experiencia recomienda tener presente que los tiempos han cambiado y por ende la forma en que se expresa el duelo:

“Como hace cincuenta años el luto se llevaba en forma pasiva y en silencio, con solemnidad y entereza, el abuelo puede desconcertarse ante las expresiones de dolor, rabia, tristeza, culpa y todas las emociones que hoy en día se recomienda sentir y expresar. Es más, internamente puede haber un choque generacional irreconciliable entre las nuevas recomendaciones y postulados de los psicólogos de duelos y las creencias –por décadas incuestionables-, actitudes y patrones culturales ante la muerte y el dolor provenientes de las familias de origen de los abuelos. A veces este choque se hace manifiesto en una desaprobación explícita o velada de las conductas o formas de enfrentar el dolor que asume su hijo, nuera o yerno” (Fonnegra, 2001, p. 243).

2.5.8. Muertes perinatales y abortos.

Son duelos dolorosos y difíciles. La profundidad de la afectación y la pena está directamente relacionada con la duración de la gestación, cuanto más si el hijo había sido deseado y esperado. Suelen generar cambios psicológicos, sociales y de salud en la mayoría de las mujeres e incluso un síndrome depresivo.

El aborto suele implicar una crisis psicosocial y a veces una real transición psicosocial, especialmente cuando el aborto es reiterado. Genera dudas en la mujer sobre su fertilidad futura y exacerba la culpa en la familia con motivos y fantasías relacionadas a la causa del aborto. Asimismo, puede causar graves repercusiones en la pareja si existía conflicto previo, especialmente en el caso de la reproducción asistida (Tizón, 2004).

En nuestra cultura, para la madre, a nivel psicológico, el aborto significa la muerte de una persona, independientemente de las creencias religiosas de ella. Las muertes perinatales y la muerte de recién nacidos implican duelos graves, sobre todo para las mujeres después de los 8 o 9 meses de creatividad y esfuerzos con el embarazo.

La muerte perinatal suele ser una pérdida invisible para los miembros más pequeños de la familia; no ver al hermano muerto hace la pérdida menos real, fantasmagórica, sujeta a las fantasías inconscientes y conscientes de los hermanos, quienes podrían sentirse culpables por el fallecimiento.

La interrupción voluntaria del embarazo o aborto provocado, tiene importantes repercusiones en la pareja, tanto en los afectos como en las fantasías y los proyectos a futuro. En algunas sociedades implica un duelo encubierto, por tratarse de una pérdida de la que no se puede hablar (Tizón, 2004).

2.5.9. La muerte de los abuelos y otros familiares.

El duelo que desata este tipo de pérdida dependerá de la posición de ese familiar dentro del sistema y de las funciones emocionales de la familia que recaían en él.

La *pérdida de los abuelos(as)*, según Tizón (2004), provoca reajustes en el sistema familiar a nivel de cuidados, a nivel operativo y en relación a la circulación de las emociones en la familia. El abuelo suele estar investido, por niños y padres, como la <<línea genealógica>>, el transmisor del legado o el líder emocional o social del grupo. Aunque su muerte puede tener menores repercusiones sociales y

económicas que otras muertes en la familia, conlleva importantes cambios emocionales y necesidades de ajuste.

Tizón (2004) considera al duelo por *el familiar cuidador*, como uno de los que más transforma a la familia, y señala que en cada familia hay una figura responsable del rol de <<cuidadora>>. Es la responsable de las tareas de cuidado de grupo global y de las afecciones, crisis, déficit o minusvalía de sus miembros. Independientemente de quién se trate (madre, padre, abuelo, tío, hijo, etc.) el <<cuidador de la familia>> representa la encarnación del amor y solidaridad de la familia. Su pérdida significa entonces un déficit de cuidados en la familia y se tendrá que delegar ese rol en otra persona, de lo contrario la estructura familiar se alterará y los lazos internos se enfriarán y tornaran frágiles, favoreciendo la posibilidad de disminución considerable de la cohesión familiar.

2.5.10. Suicidio.

El suicidio es un tema que por su relevancia y amplitud rebasa por mucho la intención del presente trabajo; sin embargo es importante reseñar algunas ideas relevantes sobre este tipo de muerte, pues existe consenso en que se trata del duelo más difícil que una familia puede afrontar (Garciandía, 2013; Worden, 2004; Tizón, 2004).

De acuerdo con Garciandía (2013), las familias, los amigos, los conocidos, e incluso el médico tratante, si lo hay, son seriamente afectados por el suicidio de una persona. Se sabe que en los familiares del suicida aumenta el riesgo de sufrir trastornos de ansiedad y depresión.

Garciandía (2013), Worden (2004) y Tizón (2004), concuerdan en las siguientes características de este tipo de muerte y su impacto en la familia:

1. *La reacción de impacto y crisis.* Suele ser importante en estos casos ya que se trata de una pérdida brusca y grave que no hay tiempo de preparar. Las fantasías e imágenes intrusivas del muerto suelen ser muy frecuentes y perturbadoras.

2. *La culpa*. Puede ser aparatosa, ya que los sobrevivientes asumen la responsabilidad de la acción del fallecido y tienen el sentimiento corrosivo de que ellos debían o podían haber hecho algo para evitar la muerte. Es particularmente difícil cuando entre el suicida y algún miembro de la familia o el resto de la familia existía algún conflicto vigente. Es común que se propicien conductas límite que los impulsen a buscar castigo o consecuencias francamente lesivas, o bien que la culpa sea proyectada sobre otras personas. La recriminación no sólo involucra a los deudos actuales, sino que tiene implicaciones transgeneracionales que se proyectan en el futuro de la vida familiar y en cada una de las existencias individuales de los miembros de la familia. En algún sentido todos cargan con el fantasma de un muerto que pesa sobre su identidad como la evidencia de un daño o falla.
3. *La vergüenza*. La mirada de los otros, que no forman la familia, se torna cuestionadora y recriminadora en la realidad, en la imaginación y en las fantasías de los deudos. Esta presión emocional añadida no sólo afecta las interacciones del superviviente con la sociedad sino que alteran enormemente las relaciones en la unidad familiar. Es frecuente que en la familia los miembros sepan quién conoce y quién no los hechos que rodean la muerte y que, en un acuerdo casi tácito, ajusten su conducta los unos a los otros basándose en este conocimiento.
4. *Estigma*. Se posiciona al grupo familiar en la categoría de gente rara, insana o anormal, debido a que el suicidio se califica como un acto contra natura y porque se supone que el colectivo social toma acciones para preservar y prolongar la vida. El estigma del suicidio incorpora el juicio moral sobre el suicida, pero especialmente sobre quienes los sobreviven.
5. *Enfado e ira*. Los sobrevivientes perciben la muerte como un rechazo por parte del muerto y la intensidad de la rabia aumenta la culpa, creando un circuito reverberante que hace difícil la elaboración del duelo. Según Worden (2004), cuándo el deudo se pregunta “¿por qué, por qué?”, en realidad se está preguntando “¿por qué me hizo esto?”. Un correlato de la ira es la baja

autoestima pues los supervivientes especulan que el fallecido no pensó lo suficiente en ellos pues de haberlo hecho no se habría suicidado. Esta es una crítica severa a la valía personal de los supervivientes que genera una baja de la autoestima y severas reacciones de duelo.

6. *El miedo*. Los deudos experimentan un miedo primordial respecto a sus propios sentimientos autodestructivos y muchos pueden arrastrar una sensación de destino o predestinación, especialmente los hijos del suicida. Si existen varios suicidios en una familia, se establece la creencia de la transmisión genética de la tendencia.
7. *Distorsiones cognitivas o pensamiento distorsionado*. En algunas ocasiones los supervivientes, especialmente los niños, necesitan ver la muerte no como suicidio sino como accidente; en otras, aunque saben cómo murió el difunto, colaboran en la invención de explicaciones complicadas e inverosímiles sobre su muerte creando *mitos familiares* con respecto al tema. Inicialmente pueden ser válidos para enfrentar una difícil elaboración, pero a menudo la complican e impiden afrontar la realidad de la pérdida; además de añadir nuevos temores y <<zonas oscuras>> a las relaciones familiares y afectivas que dificultan la elaboración del duelo.

2.5.11. Homicidios y asesinatos.

La muerte inesperada y brusca de un ser querido se acompaña de la pérdida del sentimiento individual de seguridad y control. Los procesos de duelo son muy complejos y perturbadores y suelen requerir de ayuda para la elaboración.

De acuerdo con Tizón (2004) se caracterizan por:

1. *Disonancia cognitiva*. Esta pérdida causa un cambio en las representaciones de la persona ya que no hay forma de comprender totalmente, a nivel afectivo y cognitivo, el homicidio de un allegado, debido a que va más allá de las capacidades de afrontamiento de la persona y de los mecanismos adaptativos que los procesos de duelo suponen.

2. *Deseos e impulsos vengativos.* Amplifican y complican los sentimientos de ira, enfado y culpa. El deudo se ve inundado por fantasías de venganza, cargadas de sadismo y destructividad.
3. *Temores y el sentimiento de vulnerabilidad extremas.* Es difícil que los familiares puedan quedarse en casa, dormir, salir, comer, viajar solos, dada la aparición de complejas fantasías de que el asesino volverá, se vengará, escapará de prisión, o tiene compinches o familiares que los atacarán.
4. *Tendencia a cambiar de normas éticas y morales.* Muchas personas se hacen partidarias de la pena de muerte; de la venganza como norma de conducta; tolerantes o totalmente intolerantes a pequeños delitos e infracciones; se sienten justificadas para asumir una posición social y psicológicamente dependiente y/o quejosa; dudan de la bondad humana y de los valores éticos. La rabia y la ira pueden dirigirse contra sus creencias y confianzas más profunda (por ejemplo contra Dios), añadiendo nuevos sentimientos de culpa y soledad.
5. *Estigmatización del difunto y de los sobrevivientes.* “Algo habría hecho”, “por algo será”, “por qué no le protegieron”, “por qué dejaron que pasara”, “cómo es que no supo defenderle”, “tenía que haber dado la vida por él”, son comentarios comunes.
6. *Problemas y enfrentamientos legales y judiciales.* Determinadas prácticas legales y judiciales, con su lentitud, manipulaciones, desprecio por los sentimientos de los deudos, opacidades y corrupciones, a menudo dificultan el proceso de duelo dada la victimización secundaria de los deudos, lo que añade un duelo encubierto de elaboración compleja.

2.5.12. El caso particular de los niños.

Bowlby (1980/1997) ha descrito magistralmente las reacciones de los niños ante la pérdida de un ser amado. Señala que los niños atraviesan por fases similares a las del duelo sano de los adultos, ya descritas con anterioridad en este capítulo.

Isa Fonnegra (2001) señala que la respuesta del niño ante las pérdidas y la muerte deben ser analizadas dentro del contexto familiar. Es importante informarse acerca de la diversidad familiar a fin de comprender el ambiente que rodea al menor y que condicionará en gran parte su estilo personal de duelo.

Por su parte, Kübler–Ross (1985) indica que los niños que crecen en una familia en la que el padre o la madre sufren una enfermedad mortal, pueden reaccionar en diferentes maneras. Comúnmente, los adolescentes se ven más afectados que los niños muy pequeños, y el grado de afectación depende de la filosofía de ambos padres y de lo dispuestos que estén para hablar abierta y francamente a sus hijos. Los niños a quienes se ha permitido participar en la muerte de un abuelo o pariente a una edad muy temprana, generalmente están mejor preparados para afrontar la muerte de un padre o un hermano que esté mortalmente enfermo. Esta autora recomienda que, en caso de enfermedad de un miembro de la familia (especialmente si es el hermano quien se encuentra enfermo), se permita a los niños pequeños si éstos así lo desean, compartir con el enfermo sus últimos días así como asistir al funeral.

Según Bowlby (1987/1990), las condiciones más favorables para el duelo en niños son las siguientes:

1. Que haya mantenido una relación razonablemente segura y afectuosa con sus padres antes de sufrir la pérdida.
2. Que se le dé pronto información precisa acerca de lo ocurrido, que se le permita hacer toda clase de preguntas y que éstas sean respondidas de la manera más honesta posible y que participe en la aflicción de la familia así como en las ceremonias funerarias.
3. Que cuente con la consoladora presencia del padre sobreviviente o de un sustituto de confianza y que tenga la seguridad de que esa relación habrá de continuar.

2.5.13. Pérdidas ambiguas, incompletas o inciertas y pérdidas liberadoras.

Fonnegra (2006) define a las primeras como aquellas pérdidas devastadoras, súbitas e inesperadas, en las que al doliente le es imposible precisar las circunstancias de lo ocurrido a un ser querido y decidir si el hecho amerita hacerle un duelo o si lo mejor es seguir apegado afectivamente a una situación ambigua y angustiante. Puede ser de dos tipos: a) la persona está físicamente ausente, pero continúa psicológicamente presente, pues se ignora si está viva o muerta (p.ej.: desaparecidos, secuestrados y soldados desaparecidos en acción); o b) la persona está físicamente presente pero es percibida como emocionalmente ausente (persona con Alzheimer, enfermedad mental crónica, en estado de coma, con amnesia, etc.).

Por otra parte, la pérdida liberadora es aquella que produce en el sobreviviente una sensación de alivio (como en el caso de relaciones tormentosas) o bien cuando la muerte es un fin anhelado pues resulta redentora (por ejemplo en caso de enfermedades físicas o mentales severas, discapacidad seria e invalidez).

2.6. Familias en duelo.

La aceptación de la muerte y de la pérdida es el reto más grande que una familia debe enfrentar. De acuerdo con Walsh, (2004) es indispensable adoptar un enfoque sistémico para apreciar la cadena de influencias que repercute en toda la red familiar de relaciones cuando sucede una pérdida significativa. Los procesos familiares canalizan los procesos inmediatos y a largo plazo que produce una muerte en los cónyuges, los progenitores, hijos y hermanos y la familia extensa. Por su parte, los legados de la pérdida se expresan en los patrones continuos de interacción e influencia mutua entre los sobrevivientes y a lo largo de las generaciones. El dolor generado por una muerte afecta las relaciones de todos los sobrevivientes con otros, algunos de los cuales quizá nunca conocieron al difunto.

La pérdida en la familia puede entenderse como un proceso transaccional que incluye a los muertos y a los sobrevivientes en un ciclo vital compartido. En tanto unidad funcional, la familia recibe un fuerte impacto por la muerte de uno de sus miembros, afectando a cada uno de ellos y a todas las relaciones familiares en forma inmediata y a largo plazo (Walsh, 2004).

Una muerte en la familia implica también numerosas pérdidas: la de la persona amada, los roles que desempeñaba, y relaciones que sostenía; se pierde también la integridad de la unidad familiar y las esperanzas y sueños de lo que pudo haber sido. De esta forma, la pérdida en la familia implica una serie de desafíos adaptativos que la familia tendrá que enfrentar a fin de evitar la vulnerabilidad a la disfunción así como el riesgo de conflicto y disolución familiar.

El afrontamiento adecuado de estos desafíos dará como resultado la adaptación de los miembros tanto en lo inmediato como a largo plazo y fortalecerá la unidad familiar y funcional. Para ello es necesario compartir la experiencia de la muerte, el morir y la pérdida.

Para Walsh (2004), la capacidad de aceptar la pérdida es el núcleo de todas las aptitudes en los sistemas familiares saludables. Para ella, las familias de buen funcionamiento cuentan con la capacidad de aceptar el cambio y la pérdida, capacidades vinculadas a la aceptación de la idea de la propia muerte. En contraparte, en las familias que presentan los patrones de mayor inadaptación a las pérdidas inevitables, los miembros tienden a aferrarse conjuntamente a la fantasía y la negación para evitar la realidad e insistir en la atemporalidad y la perpetuación de los lazos. Cuando no se reconoce o no se presta atención al dolor producido por la muerte de un miembro importante de la familia, pueden desencadenarse reacciones fuertes y dañinas en otras relaciones que van desde el distanciamiento y la disolución matrimonial hasta los reemplazos afectivos precipitados (por ejemplo aventuras extramatrimoniales o el incesto).

Desde su experiencia, Worden (2004) explica que las familias varían en su capacidad para expresar y tolerar sentimientos; y que la intolerancia a expresarlos abiertamente puede producir diferentes conductas acting-out (llamativas, hiperactivas) que sirven como equivalentes del duelo. Indica que las familias que lo afrontan de manera eficaz son aquellas que hacen comentarios sobre el fallecido sin censura, además de que incluyen, admite y aceptan sentimientos de vulnerabilidad. Contrariamente, a las familias cerradas les falta esa libertad, ofrecen excusas y hacen comentarios que logran callar a otros miembros. De ahí que, en la evaluación de los sistemas familiares y el duelo, sea relevante tomar en cuenta: 1) el papel que desempeñaba el fallecido en la familia; 2) la integración emocional de la familia y 3) la facilidad o dificultad con que la familia se expresa emocionalmente.

Basada en el modelo de resiliencia descrito en el capítulo anterior, Walsh (2004) señala que la adaptación a las pérdidas implica un entrelazamiento de los tres aspectos fundamentales de los procesos de resiliencia familiar: a) los sistemas de creencias, b) los procesos de organización, y c) los procesos de la comunicación.

En su opinión, la comunicación franca es vital para la resiliencia familiar durante el proceso de pérdida, pero especialmente en el confuso momento de transición inmediato a la muerte. La pérdida de control experimentada al compartir los sentimientos abrumadores puede atemorizar a los miembros de la familia, provocando en ellos un bloqueo de todas las comunicaciones sobre la experiencia de pérdida, con la finalidad de protegerse individual y recíprocamente. Si la familia se muestra incapaz de tolerar determinados sentimientos, el miembro que expresa abiertamente lo inaceptable puede convertirse en el chivo expiatorio o ser expulsado. Igualmente, los sentimientos intolerables e inaceptables pueden ser delegados y expresados fragmentariamente por varios miembros (uno carga con toda la ira de la familia, otro sólo se encarga de la tristeza, otro mostrará alivio, mientras otro permanece aturdido).

Cuando un ser querido muere, se percibe un vaciamiento en el espacio familiar y una afectación temporal, en tanto el muerto era parte de la familia y para ella hay

un antes y un después de esa muerte. “La muerte y la separación, son dos alteraciones del espacio y el tiempo. Y ambas circunstancias requieren la reconstrucción de las coordenadas temporoespaciales, mediante el procesos de duelo” (Garciandía, 2013, p. 72). Sin embargo, la reparación puede fallar en su función de restablecer la estructura, organización y homeostasis familiar de los supervivientes. Puede ser que esa reparación se intente haciendo presente a la persona perdida, con su *presentificación*, en el tiempo y el espacio y, a cualquier costo, el sistema puede encomendar tácitamente esa misión a algún miembro de la familia.

“Alguien tan inconscientemente generoso y en cierta manera insidiosamente comprometido en secreto con la función de la reparación que prestará su cuerpo (espacio) y su vida (tiempo) al fallecido, para, de este modo, hacerlo presente en el sistema en la medida en que sea necesario mientras se encuentra de nuevo el equilibrio perdido del sistema tras la muerte” (Garciandía, 2013, p. 72).

De acuerdo con Walsh (2004), el significado de una pérdida determinada y las respuestas a ella están configurados por los sistemas de creencias familiares, modificados a su vez por todas las experiencias de pérdida de la familia. En su opinión, el duelo también abarca los intentos narrativos compartidos de dar a la pérdida alguna perspectiva significativa que sea coherente con el resto de la experiencia de la familia y su sistema de creencias. Por ello, la familia tiene que lidiar con las consecuencias negativas presentes de la pérdida que incluyen la desaparición de sus sueños a futuro.

Boscolo y Bertrando (1989, en Garciandía, 2013) indican que cuando la muerte ocurre dentro del sistema, la forma en la que se la vive, percibe y experimenta en el presente y en el futuro, está relacionada con una premisa establecida con anterioridad a esa muerte. Si la premisa afirma que la persona no debía haber muerto, entonces se la mantiene viva de alguna forma.

La trascendencia del difunto para el sistema, puede emerger en las dimensiones siguientes: el ciclo vital de la familia, el ciclo vital de cada miembro del sistema

familiar del fallecido, el tipo de funciones que ejercía en la familia, el rol que representaba en el sistema, las expectativas de la familia respecto al fallecido, la significación que tenía para la familia nuclear y la familia extensa, para el equilibrio y la homeostasis. Por su parte, la reacción de la familia ante la muerte de uno de sus miembros estará influenciada por su sistema de creencias y por los recursos que ese sistema les provea, por la posición de la familia en su contexto social, por su historia y su tradición (Garcíandía, 2013).

La familia es una unidad psíquica, una dimensión existencial que abarca más allá del individuo, una dimensión que implica ser con otro. El individuo, entonces, es comprendido en un nivel lógico diferente, que lo abarca y del cual es partícipe. En consecuencia, la persona está involucrada en una unidad psíquica producto de las interacciones, conexiones, vínculos y relaciones entre los miembros de la familia. Con la muerte de un miembro, se rompe la unidad psíquica de ese colectivo.

“La familia, una unidad psíquica por antonomasia, tiene un espacio y un tiempo, tiene una estructura (componente material), y una organización (los patrones relacionales y los vínculos), los cuales se ven alterados y distorsionados por la muerte. Con ésta se pierde parte de la estructura del sistema, la corporalidad de quien falleció (su tiempo y su espacio), y lo que esa corporalidad representaba (genes, memes, historias, cuentos, mitologías...) se desvanece y se extingue. A ello se añade la pérdida de las relaciones, los vínculos, los nexos, las conexiones, las pautas, los patrones en los cuales el fallecido participaba, es decir, la organización del sistema” (Garcíandía, 2013, p. 73).

La muerte opera como un parte aguas, desde ese momento el sistema es otro, y debe reestructurarse a partir de un espacio y un tiempo (el del difunto) vaciados en alguna medida. Se requieren entonces una nueva organización y una nueva forma de conectarse, de relacionarse, por parte de los sobrevivientes. Como el equilibrio se rompió, los miembros de la familia deben encontrar la solución para organizarse de nuevo con el cambio estructural acontecido, a fin de encontrar una nueva forma de equilibrio. Este proceso puede darse a través del duelo normal, cuya finalidad es lograr consolidar la ausencia en el recuerdo, las historias, los cuentos, las

anécdotas, de generación en generación, el olvido y la perduración, unido con los agregados de cada generación. Asimismo, los muertos pueden ser incorporados al imaginario familiar como figuras protectoras (manes, lares, íconos o ángeles, etc.), seres cuya presencia es simbólicamente acogida en la imaginación y el recuerdo (Garciandía, 2013).

Cuando una familia experimenta una pérdida, sus miembros se sienten afectados de forma diferente y sus reacciones dependerán de las variables o mediadores del duelo antes reseñadas en este capítulo. En consecuencia, es necesario que los miembros muestren empatía hacia las posiciones de cada uno y tengan la aptitud de responder de manera solícita y tolerante hacia los diferentes tiempos y respuestas. Por lo general, la familia permite que cada miembro viva el proceso de duelo a su propio ritmo, de acuerdo con su ciclo vital personal; y la representación que la muerte tiene en la vida de cada uno, será asumida y resuelta de acuerdo con su personal momento existencial. La manera personal en la que cada uno de los miembros vive el duelo, depende de: a) el tipo de apego predominante en las relaciones familiares, b) el tipo de muerte, c) los recursos que los dolientes tienen para afrontar las crisis y las dificultades, d) el tipo de estructura familiar y e) la forma de su organización (Garciandía, 2013; Walsh, 2004). Según Centeno (2013), las reacciones individuales están influidas e influyen en las reacciones de los otros miembros de la familia, y que ambas deben entenderse en relación al apoyo social existente y a las condiciones socioculturales imperantes.

Por su parte, Worden (2004) refiere los siguientes factores específicos que afectan al proceso de duelo y que influyen en el grado de desorganización familiar: las fases del ciclo vital familiar; los roles que desempeñaba el fallecido; el poder; el afecto y los patrones de comunicación; así como los factores socioculturales.

Ante la pérdida de un ser querido, el duelo puede realizarse de forma natural por parte de cada miembro de la familia, reconstruyendo el sistema familiar con la ausencia del fallecido. El problema aparece cuando en un sistema familiar, el afán y la fuerte tendencia de cualquier sistema por completar la falta de estructura y la

necesidad de mantener la misma organización del pasado que le daba su integridad y su identidad, lo impulsa a no asumir el cambio producido por la muerte.

“Un duelo en una familia es resuelto cuando todos y cada uno de sus integrantes lo ha resuelto. Si no sucede así, si por alguna vicisitud uno de los integrantes de la familia no lo ha logrado, entonces sucede lo que llamamos disfuncionalidades, enfermedades o trastornos” (Garciandía, 2013, p. 73).

La muerte siempre introduce un fuerte desequilibrio en el sistema familiar que genera la necesidad de ajustar las funciones y roles que afectan su organización y estructura. Según Garcíandía (2013), estos procesos de ajuste pueden manifestarse de forma nociva en la búsqueda de un culpable, reacciones de aniversario, actitudes de sobreprotección y dependencia, tendencia al secreto familiar (sobre todo en muertes vergonzosas), idealización del fallecido, complicaciones generacionales, regresiones infantiles en algún(os) miembro(s), reacciones paranoides y obsesivas sobre la propia muerte, alteración de roles como la parentalización de los hijos, además de sintomatologías mentales sostenidas transgeneracionalmente. Cuando la pérdida no es elaborada ni se constituye el recuerdo reparador, tampoco se reestablece la estructura familiar para compensar la pérdida.

Para comprender la manera en que las familias reaccionan ante la muerte de uno de sus miembros, es importante tener en cuenta los siguientes conceptos:

- El concepto de *lealtad familiar* propuesto por Boszormenyi-Nagy y Sparks (1994).

Sentimiento de solidaridad y compromiso que congrega las expectativas, necesidades y sueños de una determinada familia, con los pensamientos, sentimientos y motivaciones de cada uno de sus miembros. Esas lealtades familiares son expresión de un vínculo que trae consigo una dimensión ética, intensificando la idea de ser leal, incluso más allá de la muerte de un miembro de la familia. La lealtad, generalmente invisible y tácita, hace comprensible la idea de

unidad familiar y de su proyección generacional. Trasciende el ciclo vital de la familia y el de sus miembros, y otorga coherencia a dimensiones éticas y existenciales que se constituyen como modelos de valores y tradiciones familiares o como modelos disfuncionales.

Este concepto hace referencia al hecho de que las personas están insertas en una red multipersonal de relaciones y, en ese contexto de complejidad, hay exigencias mediante las cuales cada individuo participa cumpliendo expectativas y obligaciones del grupo al que pertenece. Son fundamentales la confianza, el mérito, la herencia, ciertas funciones psicológicas relacionadas con el sentir, con el saber de la familia, que exigen cierto detrimento del proceso de individuación, autonomía e independencia de los miembros de la familia.

Se entiende como una actitud y comportamiento de adhesión a unas reglas cuyo incumplimiento implica la amenaza de expulsión del sistema. Requiere que las personas se identifiquen con el sistema, que logren relaciones objetales genuinas con otras personas, que desarrollen confianza, responsabilidad, compromiso y una devoción intensa e inquebrantable.

La muerte en la familia, afecta entonces a toda la estructura y la organización, en la medida en que parte de la idiosincrasia familiar está en cada uno de los miembros de ésta.

- La idea de *delegación* propuesta por Stierlin (1997).

Tanto Garciandía (2013) como Pereira y Vannotti (2011), sugieren tenerla presente. La persona a la que se delega algo (generalmente un adolescente) es enviada a su cometido, pero a la vez ligada con la familia mediante la lealtad. La persona delegada demuestra su lealtad cumpliendo de forma inconsciente la misión que le han encomendado, generándole sentimientos de autoestima al realizar la encomienda. En términos psicoanalíticos, la delegación puede ser de tres tipos: satisfacer al ello, al yo o al superyó del delegante (generalmente alguno de los padres). Así, las misiones encomendadas desde el ello pretenden satisfacer ciertas necesidades afectivas; cuando la delegación es desde el yo implica ayudar a superar dificultades de la vida cotidiana (apoyo económico, crianza de los hijos, etc.) y si proviene del superyó estará relacionada con satisfacer el autoideal del delegante,

la autoobservación (aspectos negados o rechazados de la personalidad), la conciencia del delegante para calmar la ansiedad o los sentimientos de culpa a través de un comportamiento que repare los errores de éste. De igual modo, puede suceder que el delegado incorpore misiones que lo mantengan en el centro de las tensiones familiares (delegado vinculado), mediante misiones que den sentido a la vida de un miembro de la familia. También, puede tratarse de un delegado expulsado, que tiene la misión de continuar la vida de otro miembro de la familia que ha muerto, a fin de cumplir las expectativas que la familia había depositado en el difunto, evitando elaborar el duelo.

- *La onda de choque emocional*, propuesta por Bowen (1978).

Brown (2012), Garciandía (2013), Goldbeter-Merinfeld (2003) y Walsh (2004), sugieren atender este punto.

Se trata de una densa red de acontecimientos, hechos graves y de importancia vital, que le ocurren a cualquier miembro de la familiar nuclear o extensa durante los meses o años que siguen a un suceso de suma importancia emocional (muerte o enfermedad con peligro de muerte de algún miembro significativo). La onda de choque emocional incluye accidentes; enfermedades crónica o graves que requieren cirugía; síntomas emocionales como la depresión, las fobias y episodios psicóticos; disfunciones sociales como el alcoholismo, bajo rendimiento escolar o profesional, fracasos; abortos o nacimientos ilegítimos, etcétera; que no son relacionados por la familia y sí vividos por ella como aislados, y que generan una reacción intensamente airada si alguien lo asocia con lo sucedido inicialmente.

- *La reacción de aniversario*.

Es una reacción de tipo depresivo que ocurre poco tiempo antes o después de la fecha del aniversario luctuoso. Es transitoria y puede reactivar un micro proceso de duelo de resolución espontánea, que no debe considerarse patológico.

Una idea interesante sobre la vivencia familiar de la muerte de uno de sus miembros es la propuesta por Goldbeter-Merinfeld (2003). Esta autora propone que desde nuestro nacimiento intentamos evocar a los ausentes y que progresivamente aprendemos a distinguir entre los que no están presentes momentáneamente y

quienes nunca regresarán. Indica que ciertas familias se ven imposibilitadas de recrear un nuevo equilibrio e intentan mantener el antiguo equilibrio negando la ausencia y el cambio que, de cierta forma, las perturba. El duelo, entonces, es casi imposible, en tanto se da la opción de negar la muerte, no reconociendo la falta de ese miembro y haciendo la pérdida irreparable.

En su opinión los ausentes forman parte de las familias, por lo que es conveniente poner particular atención al peso de los ausentes en ellas, especialmente si son personas que desempeñaron un papel experimentado por ellas como crucial, ya fuera positiva o negativamente. Sugiere que éste ausente, generalmente, tuvo una responsabilidad en el mantenimiento de las distancias emocionales dentro de la familia, atrayendo la atención sobre ellos mismos, colocando muchas cargas sobre los otros, siendo los mediadores o causantes oficiales de discordias, o bien como sostenes, cómplices o chivos emisarios; y su ausencia, más que otras ausencias anteriores, puede desestabilizar severamente el equilibrio familiar. En estos casos, puede aparecer un síntoma en algún miembro, o puede traerse al interior del sistema familiar a una nueva persona, con la esperanza de que hará olvidar al muerto. Este miembro reciente puede ser un hijo más, un hijo adoptivo, un(a) amante o un objeto de dependencia (alcohol, droga, juego, trabajo, militancia, secta, etc.). Las funciones cumplidas por estos <<reemplazantes>> deberían reproducir las del difunto. Sin embargo, es probable que la función no se cumpla nunca más de la misma manera que antes, lo que provoca un desequilibrio en la familia. Según Goldbeter-Merinfeld (2003), un terapeuta individual o familiar puede también ocupar este sitio, ya que acudir a terapia tiene por objetivo mitigar el dolor intrafamiliar provocado por la ausencia del difunto y la incapacidad de cumplir las funciones que aquel desempeñaba, papel que puede delegarse al terapeuta.

Independientemente de la razón, McGoldrick (1991, en Goldbeter-Merinfeld, 2003) sugiere que cuando el duelo no prosigue, las consecuencias para la familia son las siguientes:

- *El tiempo se detiene.* Los miembros de la familia a) son incapaces de comprometerse en sus relaciones, temiendo que amar pueda desembocar en pérdidas ulteriores; o b) intentan llenar el vacío causado por la pérdida con nuevas relaciones superficiales a fin de escapar del dolor.
- *Las relaciones se hacen rígidas.* La familia se muestra incapaz de establecer lazos de apego con otros.
- *La familia utiliza la negación o escapa hacia actividades frenéticas (drogas, alcohol, fantasías, mitos, etc.).* Pueden dejar de pronunciar el nombre del muerto, buscando la supresión del dolor.

Otra forma del mantenimiento de la antigua homeostasis consiste en incluir la presencia de un fantasma reencarnado, a través del síntoma en uno de los miembros de la familia, o, por el contrario, flotando, sin cuerpo. La falta de resolución del duelo, permite al fantasma convertirse en miembro integrante de la familia. El fantasma flotante se modela según una percepción ideal del difunto y mantiene vigente la idea evidente de su carácter irremplazable, así como la idea de la imposibilidad de una nueva atribución de algunas de sus funciones y cualidades a otros miembros, ya que su poseedor original está de alguna forma presente (Goldbeter-Merinfeld, 2003),

Las familias que no han podido concluir el proceso de duelo se muestran, generalmente, renuentes a tratar el tema con profundidad ya que las palabras precisas como “muerte”, “tumba” o “cementerio”, pueden matar al fantasma. Prefieren sentir que su familiar está “en todas partes” o “en el cielo” dependiendo de sus creencias religiosas. Desean olvidar los hechos precisos de la muerte; con frecuencia, no vieron al moribundo o el cadáver, no asistieron al funeral o, incluso, desconocen el lugar en que están los restos del muerto (cementerio, cripta, depositados en algún lugar) (Goldbeter-Merinfeld, 2003).

Para concluir este capítulo, es conveniente mencionar la advertencia que hace Tizón (2004, p. 319) respecto al papel del terapeuta que asiste a personas y familias en duelo: “...como clínicos [debemos inclinarnos] hacia una decisión previa: a) ese

duelo debe ser simplemente respetado y <<acompañado>> en su evolución o b) hemos de intervenir como profesionales o como especialistas para evitar la patologización de dicho duelo”.

La manera en que el terapeuta intervendrá en estos casos, dependerá del marco teórico y el modelo de intervención con los cuales rija su trabajo; estos determinarán su personal visión de las dificultades que afectan a las personas o familias, el curso de la intervención, así como el efecto que ésta tendrá tanto para el o los consultantes, e incluso para el terapeuta mismo.

Luego de esta revisión relacionada al duelo y los procesos del duelo tanto a nivel individual como familiar, acorde con la intención del presente trabajo, se reseña información relevante acerca de las terapias posmodernas y, en particular, respecto a la Terapia Narrativa y la Aproximación Colaborativa por considerarlas prácticas terapéuticas útiles en la atención de familias en duelo.

CAPÍTULO 3: LA TERAPIA FAMILIAR Y POSMODERNA.

3.1. Antecedentes de la Terapia Familiar.

A lo largo de la Historia de la Terapia Familiar se han desarrollado una gran variedad de modelos de intervención basados en diversos marcos teóricos, con diferentes epistemologías e incluso variadas implicaciones éticas. Esta amplia variedad de modelos ha permitido que los terapeutas contemos con un abanico de posibilidades técnicas que sin duda enriquecen nuestra práctica, al hacernos accesibles muchas maneras de asistir a las familias en dificultades.

Cada una de estas propuestas de trabajo conlleva determinadas implicaciones tanto para el terapeuta como para las personas que los consultan. Los diferentes modelos terapéuticos existentes pueden ser considerados como posibles maneras de concebir la práctica clínica, y cada uno de ellos tiene una singular manera de ver el mundo de la psicoterapia y el tipo de relación que el terapeuta sostiene con las personas que recurren a él con la expectativa de lograr una vida más satisfactoria y plena.

La historia de la Terapia Familiar es basta en datos y hechos importantes, y su extensión rebasa por mucho los alcances del presente trabajo; sin embargo, puede decirse que existe cierto consenso en señalar a los años siguientes a la Segunda Guerra Mundial como el momento en que comenzó a gestarse la Terapia Familiar.

Los modelos de psicoterapia de esa época, parecían haber agotado sus posibilidades para poder explicar algunos problemas clínicos y los tratamientos resultaban ser bastantes largos y costosos o sumamente superficiales al atender únicamente la conducta sintomática. En general, la psicoterapia estaba influenciada fuertemente por el modelo psicoanalítico de Freud, Jung y Adler, pero los pioneros en el campo de la Terapia Familiar se opusieron a esta tendencia y se avocaron a abordar los problemas de la familia integrando a sus miembros a la consulta. En su momento, esta fue una idea por demás revolucionaria (Barker & Chang, 2013; Dallos & Draper, 2000).

El desarrollo teórico y técnico en el campo de la terapia familiar construido a lo largo de los últimos 50 años, ha consolidado diversos modelos terapéuticos. Tal vez, los más relevantes, por sus aportaciones y resultados exitosos terapéuticamente hablando han sido el Modelo Estructural, del cual Salvador MInuchin es el máximo exponente; el Modelo Estratégico de Haley, Weakland, Watzlawick y Fish; el Modelo Sistémico de Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata; así como la Terapia Centrada en Soluciones de Steve de Shazer, W. Hudson O'Hanlon y M. Weiner-Davis, y Ben Furman y Tapani Ahola.

En años recientes, han aparecido varias propuestas terapéuticas que han retomado las ideas del posmodernismo y es sobre este periodo y sus características que versa el tema siguiente, como antesala para comprender la propuesta narrativa y la perspectiva colaborativa en psicoterapia, identificadas con esa perspectiva.

3.2. Posmodernidad.

La humanidad ha avanzado por diferentes momentos históricos que se ha caracterizado por su singular manera de concebir la realidad. La concepción de "lo verdadero" ha sido una creencia genérica compartida que se ha modificado a lo largo de la historia, asociada a una serie de prácticas sociales y a una "actitud epistemológica", que integra la experiencia. Se trata de diferentes "conciencias sobre nosotros mismos" que han surgido a lo largo de la historia, "conciencias colectivas" que llegaron a contemplar cierta normatividad ética y moral para las diferentes formas históricas de entender y vivir la vida, es decir, formas de pensar que de alguna manera se trasminaron a las diferentes modalidades que adoptaron las actividades humanas presentes en esos momentos y contextos (Gergen, 1992).

Los periodos que identificamos en la historia, son cortes arbitrarios asociados con cambios ocurridos en algunas partes del mundo, y en cada época han existido formas de pensar opuestas a las tendencias dominantes presentes, tanto en la estructura social como en la vida diaria de las personas. Limón (2005 a) los identifica de la siguiente forma: en el Mundo Occidental, la Edad Media corresponde a un

momento histórico caracterizado por la preponderancia del “derecho divino” o la “inspiración divina” como rectores últimos de la verdad. “La razón última” siempre procedía de Dios, ya que nada podía ser visto si previamente no estaba “iluminado por la luz divina”. En el Renacimiento (siglos XV-XVII) se dio un florecimiento de las ciencias y las artes, sobre todo como una reacción al espíritu escolástico que durante la edad media había limitado el surgimiento de pensamientos alternativos. Durante el Renacimiento se dieron las condiciones sociales necesarias para el surgimiento de La Ilustración o Siglo de las Luces (siglos XVIII). Durante este periodo la concepción del mundo y del hombre fueron vistas con base a la razón y de la experiencia, poniendo cada vez mayor énfasis en las facultades personales y en el poder de la observación. Se comenzó a pensar que la sociedad debería estar erigida sobre bases científicas. A finales del siglo XVIII y durante el siglo XIX, como una reacción natural a la influencia social que tuvo la Ilustración, surgió una nueva forma de pensar que cuestionaba la supremacía de la razón, focalizando su atención en el mundo de la “interioridad oculta”, que trascendía la razón consciente y lo observable. Así, el Romanticismo buscaba atribuirle a la naturaleza humana un matiz oculto, misterioso y pasional. Se favoreció el surgimiento de las ciencias sociales y la retórica sobre la importancia del individuo y la profundidad de sus motivos. A finales del siglo XIX la Modernidad retomó el movimiento ilustrado del siglo XVIII y se privilegió nuevamente el poder de la razón y la observación como la base del conocimiento verdadero, comenzándose a cuestionar y a desechar la visión romántica. Esta renovada “conciencia colectiva” estuvo impulsada por el desarrollo del mercado y el gran avance tecnológico, sobre todo en la informática y las telecomunicaciones. Esta época de impresionantes avances tecnológicos, está siendo seguida por una forma de pensar distinta que conlleva una “conciencia colectiva” identificada como Posmodernidad.

La palabra “posmoderno” hace referencia tanto a una época histórica, a un movimiento en las artes y a una corriente crítica especialmente en las ciencias sociales y la filosofía (Tarragona, 2006).

Actualmente, en todos los continentes y en prácticamente todas las culturas se cuestionan los criterios absolutos y universales acerca de la verdad, la objetividad, el progreso, la moral e incluso la fe. En consecuencia, se ha establecido un diálogo distinto que va acompañado de innovadoras prácticas profesionales que se vienen aplicando en las organizaciones, la enseñanza, la terapia, la investigación social, el asesoramiento psicológico, la resolución de conflictos y el desarrollo comunitario, entre otros campos del quehacer humano. A esta revolución teórica y práctica se le ha dado el nombre de posfundamentalismo, posempirismo, posilustración y posmodernismo, siendo éste último el más común de todos. (Gergen & Gergen, 2011).

Según Lax (1996), el pensamiento posmoderno se manifestó principalmente en las ciencias sociales tales como la antropología/etnografía, la cibernética, el feminismo, la hermenéutica, la crítica literaria y la psicología social. Por su parte, Gergen (1992), al hacer un análisis sobre la aparición del posmodernismo, señala que esta tendencia se manifestó primero en el arte, la música, la arquitectura y la literatura para luego apreciarse en ciertos trabajos antropológicos, sociológicos y psicológicos. Este autor señala que el pensamiento moderno se caracterizaba por la premisa de que existían las <<cosas en sí>>, es decir, que el mundo estaba compuesto por diversas esencias o <<especies naturales>> de las cuales, las diferentes disciplinas debían transmitir la naturaleza de una clase particular de entidades a la cultura.

El posmodernismo, es un movimiento en nuestra cultura que rechaza la búsqueda y la creencia en verdades fundamentales, como resultado de la evolución de nuestra compleja visión del mundo. El pensamiento posmoderno cuestiona si la realidad está ordenada de tal forma que la razón del hombre puede evidenciarla. También ha sido descrito como una teoría lingüística que plantea que el mundo social no puede ser tratado como un sistema objetivo. Si bien no rechaza categóricamente la realidad, la ciencia o la tecnología, su interés se centra en explorar los modos en que el lenguaje, el poder, los factores sociales y la historia moldean nuestras versiones acerca de la realidad, la verdad y el conocimiento (Limón, 2005 b).

En la Posmodernidad existe una amplia y constante exposición a otros valores, opiniones y estilos de vida, lo cual relativiza nuestras más arraigadas creencias y valores. La tendencia identificada con la Posmodernidad considera que “estamos cada vez más inmersos en un mundo de múltiples perspectivas, de otras perspectivas acerca de la realidad y de ‘otras verdades’ que, como la nuestra, también están impregnadas de valores y costumbres” (Limón, 2005 a, p. 30).

Esta corriente de pensamiento trata justamente de esas “otras verdades” que, implícita o explícitamente, relativizan nuestros particulares conocimientos del mundo. Como resultado, se cuestiona la retórica exclusivista de la verdad y se evidencia la lucha de poder y el predominio social en las distintas versiones o interpretaciones de la realidad. Es decir, el posmodernismo asume que no hay una realidad única o universal, sino muchas maneras de entender las conductas, las interacciones y los eventos; el lenguaje sirve como vehículo primario para la transmisión de los significados y las comprensiones.

Para Harlene Anderson (1997, p.35), “el discurso posmoderno es un coro polifónico hecho de varios sonidos interrelacionados en movimiento”, y considera que

“El pensamiento posmoderno se mueve hacia el conocimiento como una práctica discursiva, hacia una pluralidad de narrativas que son más locales, contextuales y fluidas; se mueve hacia una multiplicidad de aproximaciones, al análisis de temas tales como el conocimiento, la verdad, el lenguaje, la historia, el self, y el poder. Enfatiza la naturaleza relacional del conocimiento y la naturaleza generativa del lenguaje” (op. cit., p. 36).

En su opinión, el posmodernismo promueve la crítica social y desde esta perspectiva cualquier cosa está abierta al desafío, incluyendo el posmodernismo mismo.

3.3. Construccionismo social.

Los construccionista sociales, inmersos en la tendencia posmoderna, se interesan en nuestros orígenes sociales en un intento por definir la manera en que explicamos

el mundo si abandonamos la búsqueda de verdades fundamentales y conocibles. Para ellos, el mundo que percibimos y los significados que creamos son resultado de interacciones sociales, esto es, hablamos con otras personas y vivimos en un contexto cultural que nos trasmite significados.

El construccionismo social comenzó a vislumbrarse en los años ochenta en las universidades y luego en la terapia familiar. Se trata de una aproximación con un estrecho vínculo conceptual dentro del campo de la Filosofía y de la Sociología, aunque las particularidades de esta aproximación se desarrollaron en el campo de la Psicología Social.

Este movimiento buscó distanciarse de las interpretaciones cognoscitivistas y biologicistas de la Psicología y oponerse a las posturas positivistas dominantes. Este movimiento ha sido llamado de varias maneras: “movimiento construccionista social” (social constructionist movement), “teoría del construccionismo social”, “socioconstruccionismo” o simplemente “construccionismo” (Limón, 2005 b).

Ibañez (1990) considera a la orientación socioconstruccionista una heredera intelectual del racionalismo, e indica que ésta ha ido emergiendo como un intento de hallar una metateoría que pudiera representar una alternativa válida frente al modelo empirista de la ciencia.

Esta orientación puede ser considerada ecléctica, pero con un eclecticismo caracterizado por un mecanismo enriquecedor y abierto a otras perspectivas, “... sobre todo si a éstas también se les concibe como ayudas ilocutorias o metáforas, y no como discursos privilegiados para hablar acerca de la realidad” (Limón, 2005 b, p.39). Esta característica permite apreciar la realidad desde diferentes perspectivas, así como considerar y aceptar otras posibilidades, otros discursos e interpretaciones.

La posición construccionista considera que cuando habitualmente actuamos sobre un significado particular como si fuera el único significado, como si fuera la única

verdad acerca de un problema, éste es solamente uno de varios significados o interpretaciones posibles de los mismos eventos o las mismas conductas.

Como señala Gergen (1992, p. 171):

“... las palabras no son espejos que reflejan la realidad sino expresiones de alguna convención colectiva. Diversos grupos sociales poseen un vocabulario particular o una especial manera de decir las cosas, y estos vocabularios o maneras de hablar defienden, a la vez que reflejan, sus valores, posturas políticas y estilos de vida”.

3.4. Terapias Posmodernas.

Las aproximaciones posmodernas a la terapia familiar están estrechamente relacionadas con los modelos de terapia basados en el construccionismo social. Las propuestas de la terapia familiar que emplean la teoría del construccionismo social y las aproximaciones narrativas han sido asociadas con el posmodernismo.

A partir del último cuarto del siglo XX surgieron una variedad de propuestas terapéuticas que priorizan al lenguaje, las historias o las narrativas de las personas que llegan a terapia. El grupo de terapeutas innovadores que las desarrollan ven a la terapia como un proceso conversacional y a sus distintas aproximaciones se les conoce como terapias posmodernas, narrativas, discursivas, conversacionales, socio-construccionistas o posestructuralistas. No se trata de un modelo único, sino de grupos de teóricos y terapeutas interrelacionados que comparten ciertas premisas filosóficas y epistemológicas. Las diversas formas de llamarlas ponen de manifiesto las ideas básicas de su enfoque. Las “Discursivas” y “Conversacionales” ven a la terapia como una conversación y como un proceso lingüístico, la “Narrativa” centra su atención en la forma en que las personas dan significado a sus vidas a través de historias o narraciones de su experiencia. Las terapias “Socioconstruccionistas” proponen que el conocimiento, el significado y la identidad se construyen a través de las interacciones con otras personas. Por su parte, la Terapia “Colaborativa” detalla el tipo de relación que se establece entre el cliente y el terapeuta, enfatizando que la labor es conjunta. Finalmente, los terapeutas

posestructuralista se oponen a la idea de que los problemas de las personas sean manifestaciones de estructuras profundas o subyacentes (Tarragona, 2013).

Estas propuestas se generaron a partir de los modelos sistémicos y en ocasiones como una reacción a ellos; tanto la crítica feminista como la crítica multicultural a los modelos tradicionales de terapia familiar abrieron el camino para la creación de las perspectivas posmodernas. Otros factores que contribuyeron al desarrollo de la práctica posmoderna son: a) la creciente tendencia a ver a la familia como un sistema abierto influido por muchos sistemas sociales; b) un mayor reconocimiento de la importancia del lenguaje en la terapia; c) el interés por las teorías posmodernas en las ciencias sociales; y d) el nuevo interés por incluir la acción social, la crítica cultural y social como parte del proceso terapéutico (Limón, 2005 b).

Estas terapias comparten su base interdisciplinaria. Se fincan en las ideas de filósofos, antropólogos, historiadores, lingüistas y críticos literarios tales como Gregory Bateson, Peter Berger y Thomas Luckman, Clifford Geertz, Víctor Turner, Ludwig Wittgenstein, Hans-Georg Gadamer, Jaques Derrida, Paul Ricoeur, Michel Foucault, Jean-Francois Lyotard, John Shotter, Walter Truett Anderson y Richard Rorty. También han contribuido a su desarrollo los psicólogos Kenneth Gergen, L.S. Vigotsky, Jerome Bruner y William James (Tarragona, 2006).

De acuerdo con Limón (2005 b, p. 3), “el posmodernismo, asume que no hay una realidad única o universal, sino muchas maneras de entender las conductas, las interacciones y los eventos; el lenguaje sirve como vehículo primario para la transmisión de los significados y las comprensiones”. En consecuencia, las terapias posmodernas valoran las perspectivas múltiples y la creencia de que hay muchas maneras “correctas” de hacer las cosas. Actualmente, a pesar de que frecuentemente explicamos la conducta a partir de las psiques individuales, hay una apreciación creciente por el impacto del contexto en la cultura.

Una teoría orienta la pragmática de la terapia, es decir, determina el cómo definimos los problemas, sus orígenes, con quién hablamos de ellos, cómo establecemos las

metas a alcanzar y cómo definimos el éxito de la misma. Los terapeutas posmodernos usan un amplio abanico de técnicas, pero para ellos el foco es el cambio del significado y de las comprensiones, más que el cambio de conducta, sentimientos y pensamientos. “Las personas consultantes pueden poner énfasis en alguno o varios de estos, pero los terapeutas están más interesados en los significados que son creados por las historias que rodean a las conductas, a los sentimientos y a los pensamientos” (Limón, 2005 b, p. 5).

Las técnicas de las aproximaciones posmodernas a la terapia familiar fueron desarrolladas por diferentes individuos o grupos, en diversos lugares y culturas del mundo. Harry Goolishian y Harlene Anderson desarrollaron la Aproximación Colaborativa en Texas; en Australia y en Nueva Zelanda respectivamente Michael White y David Epston la llamada Terapia Narrativa. Por su parte, Tom Andersen, en Noruega, la llamada terapia de Equipo reflexivo y Lynn Hoffman en Massachusetts el modelo terapéutico identificado como Construcción Social.

Harlene Anderson y Harry Goolishian (1992), señalan que las teorías de la terapia familiar se desplazan rápidamente hacia una posición más hermenéutica e interpretativa. La concepción posmoderna asume que los significados los crean y los experimentan los individuos que conversan, por lo que nuestra comprensión y nuestras explicaciones, sólo existen dentro de las vaguedades del discurso, el lenguaje y la conversación. La acción humana tiene lugar en una realidad de comprensión que se crea por la construcción social y el diálogo. Vivimos y entendemos la vida a través de realidades narrativas construidas socialmente que dan sentido a la experiencia y la organizan.

Hasta hace poco, los terapeutas eran vistos como expertos que conceptualizan casos y desarrollan planes de tratamiento basados en su formación teórica, pero los terapeutas posmodernos centran su trabajo en facilitar las conversaciones terapéuticas. En ellas, el terapeuta intenta, de manera activa, aprender acerca de las perspectivas y comprensiones del consultante. Los problemas, tal como son formulados por las personas, son el objeto de atención de la terapia. Desde esta

perspectiva, las metas terapéuticas ya no son determinadas por ideas teóricas acerca de lo que se considera un funcionamiento “saludable” y las quejas de los clientes dejan de ser vistas como síntomas de conflictos subyacentes que sólo los terapeutas pueden desentrañar y curar. Estos terapeutas respetan las comprensiones y posturas de los clientes con respecto a su queja, y sus comprensiones acerca de las historias de los clientes son introducidas como posibilidades o hipótesis tentativas, no como prescripciones o “mejores” historias o maneras de comprender. Así pues, los terapeutas presentan sus ideas con el fin de crear conversación, no de dar respuestas (Limón, 2005 b).

La terapia, desde esta perspectiva, es un esfuerzo colaborativo entre clientes y terapeutas. Los terapeutas toman un lugar activo para reducir los aspectos negativos de la jerarquía, en lugar de adoptar una posición vertical en la que sus ideas dirigen el proceso. Existe un sentido de estar con el cliente en lugar de estar buscando déficits, traumas o disfunciones.

Tanto los clientes como los terapeutas son considerados como expertos. Los primeros son los expertos en su experiencia, en su dolor, su sufrimiento, sus preocupaciones, sus recuerdos y sus respuestas. Los segundos, son expertos en crear un clima conversacional e interaccional para el cambio y la obtención de resultados en terapia. Ambos son compañeros en el proceso de cambio/terapia y colaboran en decisiones sobre cuál es el foco de la terapia, cuál es meta a alcanzar y en qué momento debe concluir (Limón, op. cit.).

En general, podemos decir que las terapias posmodernas comparten las siguientes características (Limón, 2005 b; Tarragona, 2006; Tarragona, 2013):

- La concepción relacional del conocimiento y la identidad: nuestra experiencia de la realidad o del significado que damos a nuestras experiencias se construye a través de nuestras interacciones con otras personas.
- Atienden al contexto.

- Subrayan la importancia del lenguaje. Conceptualizan la terapia como un proceso conversacional. Las preguntas, el dialogo y la conversación generan significados.
- Mantienen una relación colaborativa entre el cliente y el terapeuta. Abandonan la jerarquía y establecen una relación horizontal. La terapia ya no es algo que se le hace a alguien, sino algo que se hace con alguien.
- El terapeuta mantiene una postura de No-saber.
- El experto es el cliente, lo es en relación a su vida, sus experiencias, sus sentimientos, su sufrimiento y sus problemas.
- El terapeuta se mantiene curioso en forma permanente.
- Se provoca la reflexión tanto en el proceso (conversaciones reflexivas) como en la postura (postura reflexiva) del terapeuta, ya sea que trabaje en grupo, en coterapia o solo.
- La inclusión de múltiples perspectivas o voces, ya sea incorporando equipos de terapeutas o invitando a otras personas relacionadas con el cliente.
- La tentatividad con la que los terapeutas presentan sus ideas.
- La postura “ambos...y” o “o...o” basada en la idea posmoderna de realidades múltiples construidas socialmente.
- Interés en lo que funciona en la vida de las personas y en lo que ellas consideran importante y valioso.
- La importancia que dan al concepto de agencia personal.
- Los terapeutas son públicos o transparentes en relación a sus prejuicios y diálogos internos durante la sesión.
- La flexibilidad en la duración de la terapia. Ésta es variable, tiende a ser breve, el cliente decide si y cuándo quiere volver a ver al terapeuta y quién sería deseable que asistiera a la siguiente sesión (pareja, familia, amigos, etc.) Pueden ser largas si el consultante decide ver al terapeuta esporádicamente durante años.
- Evitan la perspectiva psicopatológica, culpar o clasificar a las personas o familias.

Dado que la propuesta terapéutica incluida en el presente trabajo se basa tanto en las concepciones de la terapia Narrativa y el Modelo Colaborativo, ambas consideradas terapias posmodernas, a continuación se exponen sus conceptos y prácticas fundamentales.

3.5. El Modelo de Terapia Narrativa de Michael White y David Epston.

Si bien, como apunta Payne (2002), en sentido estricto todas las terapias son narrativas en tanto se basan en historias que se cuentan y se vuelven a contar durante cada encuentro entre la persona que consulta y el terapeuta, la terapia hoy conocida como “Narrativa” es la única que ha asumido ese término como eje y directriz de su práctica.

El máximo exponente de la Terapia Narrativa es Michael White, terapeuta familiar australiano, quien en un inicio se inspiró en Gregory Bateson, en Michel Foucault y en las ideas de Humberto Maturana. Ha trabajado conjuntamente con David Epston desde un inicio.

Según White (1993) fue a través de los escritos de Bateson como conoció el “método interpretativo”, que se aboca al estudio de los procesos por los que deciframos el mundo y según el cual todo conocimiento requiere de un acto de interpretación. En lo que concierne al trabajo con familias, este método sugiere que es el significado que los miembros de la familia dan a los hechos lo que determina su comportamiento y no alguna “estructura” o “disfunción” existente en ella. El interés de este autor está centrado en las exigencias que el problema hace a la supervivencia de la persona, y ha propuesto que las respuestas de los miembros de la familia a las exigencias del problema, tomadas en su conjunto, constituyen inadvertidamente el sistema para la vida del problema.

Bateson resaltó la importancia que tiene la epistemología en el procesos de “cómo sabemos lo que sabemos”, la importancia de las “diferencias básicas que hacen una diferencia” en los sistemas vivos, y de las pautas ecológicas que se interconectan en tales sistemas (White, 1994). Para él, la interpretación que tenemos de un hecho,

o el significado que le atribuimos, está determinada y restringida por su contexto receptor, es decir, por la red de premisas y supuestos que contribuyen a nuestros mapas mentales del mundo; "... aquellos acontecimientos que no pueden 'puntuarse' no son seleccionados para la supervivencia, para nosotros tales hechos no existen como hechos" (White, 1993, p.20). Cuando Bateson afirmó que toda información es necesariamente "la noticia de una diferencia", y que es la percepción de la diferencia lo que desencadena todas las nuevas respuestas en los sistemas vivos, demostró que el situar los eventos en el tiempo es esencial para la percepción de la diferencia, para la detección del cambio.

La aplicación que White y Epston (1993) han dado a su propuesta terapéutica es amplia. Refieren resultados exitosos en casos de encopresis y esquizofrenia; conductas de riesgo, delictivas y deserción escolar en adolescentes; violencia intrafamiliar, abuso sexual, duelo y suicidio en familias, entre otros. Payne (2002) reporta resultados positivos en casos de ansiedad y pánico, depresión, violencia en hombres, agorafobia y claustrofobia, además de confirmar en su práctica los obtenidos por White y Epston.

3.5.1. El Posestructuralismo en la Terapia Narrativa.

Las concepciones de White (2002) están basadas en lo que se conoce como "ideas narrativas" y en el pensamiento posestructuralista. Sustenta prioritariamente su propuesta en las ideas de Michel Foucault y señala que las interpretaciones posestructuralistas lo acercaron al estudio de la filosofía crítica, la teoría literaria, la antropología cultural y la ética posmoderna.

Para él, el pensamiento posestructuralista cuestiona directamente muchos de los "hechos" de la cultura occidental moderna que se expresan en las maneras aceptadas de describir la vida y la acción humana y añade que el pensamiento posestructuralista ofrece opciones para la deconstrucción de estos "hechos", la cual permite identificar las maneras de pensar y de vivir de las cuales estos "hechos" son

símbolos y el tipo de individualidades que estas maneras de pensar y vivir están reproduciendo.

En su libro “El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas”, White (2002) explica las diferencias entre el estructuralismo y el posestructuralismo. Expone que el pensamiento y la práctica posestructuralistas cuestionan las ideas preconcebidas y comúnmente aceptadas acerca de la vida y la identidad, lo cual abre paso a la posibilidad de dejar de reproducir en nuestro trabajo y en nuestras vidas, las grandes narrativas sobre la naturaleza humana que están presentes en la cultura contemporánea, permitiéndonos nuevas formas de acción en el contexto terapéutico.

Retomando a Foucault, White expone el impacto que tienen la voluntad de verdad, la hipótesis represiva y la narrativa de emancipación en la práctica terapéutica. Cuando intentamos dar respuesta a la pregunta filosófica “¿Cuál es la verdad de quiénes somos?”, la respuesta se asocia a una voluntad de conocer la “verdad” de quienes somos, la esencia de nuestro ser y de nuestra naturaleza humana. White dice que actualmente las preguntas a responder son: “¿qué es lo que nos impide llegar a ser verdaderamente lo que realmente somos?”, “¿qué es lo que frustra y bloquea la expresión de nuestra verdadera naturaleza humana?” y “¿qué son estas fuerzas de socialización que oscurecen quiénes somos como seres únicos?”

La respuesta a estas interrogantes radica en la represión que oscurece la verdad de nuestra naturaleza humana y frustra la expresión de esa verdad, de nuestras necesidades y deseos más profundos. Es la que impide nuestra realización personal impidiéndonos vivir de acuerdo con nuestra naturaleza. En este orden de ideas, la posibilidad de vivir una vida que exprese nuestra autenticidad radica en cuestionar esa represión, a través de la narrativa de la emancipación. Así, existen un sin fin de declaraciones y propuestas acerca del verdadero yo y respecto a su liberación.

White (2002, p. 266) subraya que los efectos de la voluntad de verdad pueden apreciarse en el desarrollo de tecnologías

“...que permiten la evaluación de las vidas de las personas según imágenes de los estados <<ideales>> y <<naturales>> del ser, y facilitan la documentación de esas vidas. Son estas tecnologías las que hacen posible la estimación y la evaluación de las vidas individuales y que reclutan personas para la práctica de la autovigilancia y el autojuicio”.

Siguiendo a Foucault, White (op. cit.) indica que la voluntad de verdad está asociada a las disciplinas profesionales generadoras de meta-narrativas de la naturaleza humana y que sustentan las teorías universales acerca de la vida que, sin considerar la cultura, la clase, la raza, el género, las circunstancias, el lugar y la época entre otras cuestiones, son dadas por verdaderas. Concluye que, es la voluntad de verdad la que ha favorecido el desarrollo de sistemas formales de análisis de la vida humana que la interpretan y reducen mediante categorías formales que revelan la verdad de sus elementos fundamentales.

Él propone apartarnos de lo que Foucault llamó <<ontología formal de la vida>>, es decir, de aquellas preguntas filosóficas, que versan sobre qué son las cosas (p.ej.: el mundo, el hombre, la verdad, el ser humano, etc.) para situarnos en otra pregunta posestructuralista: ¿qué somos hoy?

Esta cuestión nos lleva a pensar sobre la forma en que las vidas se constituyen, se conforman, a través de los conocimientos y las prácticas de la cultura. Esta indagación posestructuralista nos invita a procurar cierta comprensión respecto de cómo es que somos producidos como sujetos y a explorar cómo los conocimientos y las prácticas sociales producen la identidad, la subjetividad y las relaciones. Nos permite indagar la historia de aquellas declaraciones sobre la verdadera naturaleza humana y las prácticas de la vida que están asociadas con ellas (White, 2002).

“La conjunción de las declaraciones acerca de la naturaleza, la represión y la emancipación psicológica vincula fuertemente a las persona con las <<verdades>> de identidad de nuestras culturas en su persecución de la liberación: a través de los esfuerzos por liberarse, las personas están aún más ligadas a sus subjetividades. Estas son las subjetividades especificadas por aquellas <<verdades>>. Debido a que la reproducción de estas <<verdades>> de la naturaleza humana se hace en

nombre de la libertad, la constitución de nuestras vidas a través de tales <<verdades>> se naturaliza, y esto impide el desarrollo de una conciencia de este proceso constitutivo y exime a las personas de todo compromiso con el control de los efectos reales de estas <<verdades>> en la constitución de sus vidas” (White, 2002, p. 268-269).

De esta forma, White (op. cit.) declara que en nombre de la liberación psicológica, se incita a las personas a reproducir las formas dominantes de individualidad de la cultura contemporánea y que la indagación posestructuralista reformula las ideas de <<crecimiento>>, <<auto-actualización>> y <<realización>> definidos por la cultura y que es la hipótesis de la represión por sí misma, y no la represión como tal, la que encubre el hecho de que las personas sean incitadas a reproducir las subjetividades especificadas por la <<verdad>> de la naturaleza humana. Para él, esta indagación abona a la deconstrucción de los sistemas de interpretación y comprensión que constituyen la hipótesis represiva.

White también adopta las ideas de Foucault respecto al poder y el conocimiento. Foucault sostuvo que estamos sujetos al poder a través de “verdades” normalizadoras que configuran nuestras vidas y nuestras relaciones, es decir, que este poder es constitutivo o determinante de nuestras vidas (White & Epston, 1993; White, 1994; White, 2002). Estas verdades “normalizadoras” son verdades que constituyen normas en torno a las cuales se incita a las personas a modelar o construir sus vidas, esto es, especifican una forma de individualidad que es a su vez un “vehículo” de poder. Foucault sugiere que las personas son juzgadas, condenadas, clasificadas, determinadas en sus decisiones, destinadas a un cierto modo de vivir y de morir, a través de aquellos conocimientos que pretenden construir verdades unitarias y globales, es decir, son los conocimientos de la “verdad objetiva” de las disciplinas científicas modernas. Sobre el tema del poder y el conocimiento White (White & Epston, 1993, p. 38) señala:

“Ya que todos estamos presos en una red o tela de araña de poder/conocimiento, no es posible actuar fuera de este dominio, y todos sufrimos simultáneamente los efectos del poder y ejercitamos este poder en relación a otros. Sin

embargo, esto no indica que todas las personas sean iguales en el ejercicio del poder, ni que unos no sufran más que otros sus efectos de dominación”.

White (2002) retomó la clasificación de los conocimientos que Foucault propuso: 1) los conocimientos eruditos, previamente establecidos, que han sido excluidos por la revisión de la historia llevada a cabo a partir de la aparición de un conocimiento más global y unitario, y 2) los conocimientos regionales que están en circulación pero que sobreviven a los márgenes de la sociedad, desterrados del dominio legítimo de los conocimientos formales y las ciencias aceptadas.

Todos asignamos significado a nuestra experiencia y constituimos nuestras vidas a través del lenguaje, al usarlo no estamos comprometiéndonos en una actividad neutral, pues está permeado por los discursos culturalmente disponibles que se consideran apropiados y relevantes para la expresión o representación de determinados aspectos de la experiencia, así que aquellas narraciones que no representan suficientemente las experiencias de vida de una persona o entran en contradicción con aspectos vitales de esa experiencia, están significativamente influidas por los discursos “de verdad” de los acontecimientos unitarios (White, 2002).

En lo que a la práctica clínica se refiere, White (White & Epston, 1993) sugiere que el terapeuta debe ser cauto a la hora de situar su práctica en los discursos de “verdad” de las disciplinas profesionales, es decir, aquellos discursos que proponen y defienden explicaciones de la realidad objetiva respecto a la condición humana. Ya que estamos participando siempre, simultáneamente, en ámbitos de poder y de conocimiento, tenemos que suponer la posibilidad de que la terapia tenga que ver con el control social, e identificar aquellos aspectos de nuestro trabajo que podrían vincularse con las técnicas de control social. Por ello White dice que “...estamos inevitablemente inmersos en una realidad política” (White, op. cit., p.45).

3.5.2. La práctica de la Terapia Narrativa.

En su propuesta terapéutica, White emplea la analogía del texto como una descripción de la manera en que las personas organizan sus vidas alrededor de determinados problemas, expone que esta organización refleja la interacción de “lectores” y “escritores” respecto a ciertos relatos o narraciones y concluye que el estilo de vida del problema se convierte en la narración del problema. Para White, todo lo que las personas saben de sus vidas lo saben a través de la experiencia, y la experiencia debe relatarse. Es justamente el hecho de relatar lo que determina el significado que se atribuirá a la experiencia.

“Las experiencias específicas de sucesos del pasado y del presente, y aquellas que se prevé ocurrirán en el futuro, deben estar conectadas entre sí en una secuencia lineal, para que la narración pueda desarrollarse. El éxito de esta narración de la experiencia da a las personas un sentido de continuidad y significado en sus vidas, y se apoyan en ella para ordenar la cotidianidad e interpretar las experiencias posteriores. Puesto que todos los relatos tienen un comienzo (o historia), un medio (o presente) y un fin (o futuro), la interpretación de los eventos actuales está tan determinada por el pasado como moldeada por el futuro” (White & Epston, 1993, p.27).

Gran parte del bagaje de nuestras experiencias vividas quedan sin relatar y esa parte nunca es contada o relatada, permaneciendo sin forma y sin organización. Para este autor los relatos de nuestras vidas son constitutivos ya que las personas organizan su experiencia y le dan sentido por medio suyo, y en tanto que la construcción de tales relatos expresan aspectos escogidos de su experiencia vivida. Tales relatos o narraciones determinan la evolución de las vidas y de las relaciones. También los relatos están llenos de lagunas que ponen en marcha la experiencia vivida y la marginación de la persona, y con cada nueva versión, las personas reescriben sus vidas.

Un supuesto básico de White es que las personas acuden a terapia cuando las narraciones dentro de las cuales relatan su experiencia, y/o dentro de las que su experiencia es relatada por otros, no representan suficientemente sus vivencias.

Supone que en esas circunstancias habrá aspectos significativos de su experiencia vivida que contradigan esas narraciones dominantes. Así, White espera que el resultado de la terapia sea la identificación o generación de relatos alternativos que permitan representar nuevos significados, que la persona experimentará como más útiles, satisfactorios y con un final abierto. “La metáfora narrativa propone que las personas vivan sus vidas de conformidad con historias, que estas historias son modeladoras de la vida y que tienen efectos reales, no imaginados, en modo que dichas historias procuran la estructura de la vida” (White, 1994, p. 31).

White (1994) retoma de Bruner la idea de que las historias están compuestas de panoramas duales. Primeramente, señala un *panorama de acción*, que está constituido por hechos eslabonados en secuencias particulares a través de la dimensión temporal (pasado, presente y futuro) y de conformidad con tramas específicas. Este panorama ofrece al lector una perspectiva de la temática de los hechos que se desarrollan en el tiempo. Por otra parte, identifica un *panorama de conciencia*, que está constituido por las interpretaciones de los personajes que figuran en la narración y también por las interpretaciones del lector cuando éste es invitado a introducirse en la conciencia de aquellos. Este panorama comprende las significaciones dadas por los personajes y los lectores al “reflexionar” en los sucesos y tramas a medida que éstos se desenvuelven en el panorama de acción. Las percepciones, nociones, especulaciones y conclusiones dominan este panorama. Cuando estos deseos, cualidades, estados intencionales y creencia están suficientemente elaborados por el texto, se unen para formar “compromisos” que definen rumbos específicos en la vida.

Desde su modelo de trabajo, White (1994), emplea el término *deconstrucción* para referirse a aquellos procedimientos que subvierten realidades y prácticas que se dan por descontadas, separadas de las condiciones y del contexto de su producción. Los métodos de deconstrucción hacen extrañas esas realidades y prácticas familiares dadas por descontadas al objetivarlas, es decir, vuelven exótico lo doméstico. Para él, la deconstrucción se basa en el hecho de que la vida de las personas está modelada por la significación que ellas asignan a su experiencia, por

la situación que ocupa en estructuras sociales y por las prácticas culturales y de lenguaje del yo y de sus relaciones.

Una de las principales contribuciones de White al campo de la terapia es la llamada *externalización del problema* la cual define de la siguiente manera:

“La externalización del problema es un abordaje terapéutico que insta a las personas a codificar y, a veces, a personificar, los problemas que las oprimen. En este proceso el problema se convierte en una entidad separada, externa por tanto a la persona o a la relación a la que se atribuía” (White & Epston, 1993, p. 53).

Esta objetivación permite a la persona externalizar vivencias relativas a aquello que considera problemático en lugar de internalizarlas. Asimismo, alienta a las personas a identificar las historias privadas y los conocimientos culturales de conformidad con los que viven, que guían sus vidas y que les hablan de su propia identidad, lo cual ayuda a la persona a revelar, con el tiempo, la constitución de su yo y de sus relaciones (White, 1994). Se trata de un proceso progresivo y continuo de co-elaboración de una nueva realidad que se va construyendo mediante la deconstrucción terapéutica del problema, distinguiendo sistemáticamente los atributos, las ideas, los supuestos, las creencias, los hábitos, las actitudes y los estilos de vida problemáticos de la identidad de la persona. De ninguna manera se exime a la persona de responsabilidad, pues en esta circunstancia tiene, ahora, alternativas de acción que asumirá como lecciones personales. En palabras de Payne (2002, p. 31), mediante el proceso de externalización el terapeuta invita a la persona a “asumir una postura”, o como dice White (1993, p. 77) “una respuesta con respecto al problema que antes no estaba a su alcance”.

Si bien la externalización del problema es una técnica, en Terapia Narrativa también se habla con un *lenguaje externalizador*, que transmite implícitamente que el problema tiene efectos *sobre* la vida de la persona. Este lenguaje se emplea a lo largo de toda la terapia y busca que la persona se distancie del problema y lo conciba como resultado de las circunstancias y los procesos interpersonales. Sin

embargo, son necesarias algunas precisiones en cuanto al uso de la externalización (Payne, 2002):

- No se emplea para referirse a acciones perjudiciales o abusivas (p. ej.: maltratar, humillar, abusar) pero sí pueden externalizarse las creencias que subyacen a este tipo de conductas.
- Tiene poco valor si no se emplea desde un marco teórico posestructuralista.
- Puede ser inapropiada en ciertos casos.
- Es útil cuando la persona expresa una historia dominante muy rígida o saturada del problema.
- Externalizar nombrando el problema puede ser demasiado difícil o simplificador, en cuyo caso es mejor no hacerlo.

White opina que no son las personas ni la relación entre ellas las que constituyen el problema; para él “*es el problema lo que es el problema*”, y en consecuencia la relación de la persona con éste se convierte en la dificultad. La externalización permite a la persona separarse de los relatos dominantes que han estado dando forma a su vida y sus relaciones, y al hacerlo recupera la capacidad de identificar aspectos previamente ignorados, pero cruciales, de la experiencia vivida. Lo que se busca es que los acontecimientos extraordinarios pasen a formar parte de una historia alternativa de la vida de la persona. A esta historia se le conoce en Terapia Narrativa como “*relato extraordinario*” (White & Epston, 1993), “*acontecimientos o conocimientos extraordinarios*” (White, 1993), “*logros aislados*” (White, 1994) o “*desenlaces inesperados*” (Payne, 2002), concepto que White retomó del sociólogo Erwing Goffman.

En su práctica White y Epston invitan a la persona a recordar ocasiones en las que ha logrado vencer al problema para luego analizarlas a detalle mediante cuestionamientos sobre los sentimientos, pensamientos y acciones, pasados y presentes, de la persona y/o de quienes la rodean, respecto a esos “logros aislados”. La clave radica en que para que un hecho llegue a ser considerado de este modo, debe ser calificado así por la persona y no por el terapeuta. Estos

acontecimientos relatados pueden referirse al pasado (hechos que contradigan los efectos del problema en la vida de la persona), al presente (aquellos que se presentan en el transcurso de las sesiones) o al futuro (intenciones, esperanzas o planes que tiene la persona para huir de la influencia del problema). La combinación de ellos puede generar nuevos significados para la persona y la evocación de alguno de ellos puede verse influida por algún otro, independientemente del tiempo del que se trate. (Payne 2002; White & Epston, 1993).

El trabajo técnico desde esta propuesta da especial atención al tipo de preguntas que el terapeuta hace al cliente durante el proceso de entrevista. Los tipos de preguntas propuestos por White (1994) son los siguientes:

Preguntas relativas al panorama de acción: Hacen referencia al pasado, al presente o al futuro y son útiles para dar paso a relatos alternativos que se extienden a través de la dimensión temporal. Se trata de preguntas que historian logros aislados.

Preguntas relativas al panorama de conciencia: Éstas llevan a la persona a revisar los hechos que se desarrollaron en el panorama de acción y a determinar qué podrían revelar acerca de: 1) la naturaleza de sus preferencias y sus deseos, 2) el carácter de las varias cualidades personales y de relación, 3) la constitución de sus estados intencionales; 4) la composición de sus creencias preferidas, y 5) la naturaleza de sus empeños. Estas preguntas invitan a la realización de estas preferencias alternativas (deseos, cualidades personales y de relación, estados intencionales y creencias), dando paso también a una revisión de los empeños y compromisos personales en la vida.

Preguntas referentes a experiencias de experiencias: Facilitan el proceso de recreación de vidas y relaciones, incitan a la persona a dar una versión de lo que cree o imagina que otra persona puede pensar de ella y a remontarse a sus experiencias pasadas. La llevan a expresar ciertos aspectos olvidados o descuidados y ponen en juego su imaginación para constituir experiencias alternativas de sí misma.

Preguntas de difusión extraordinaria: Llevan a investigar algunas de las “posibilidades extraordinarias” y a las redescrpciones extraordinarias de las personas y sus relaciones. Son preguntas que invitan a la persona a identificar y reunir a un público ante el cual crear nuevos significados vitales. A este respecto cabe señalar que White y Epston (1993) dan igual relevancia a los acontecimientos extraordinarios pasados, presentes, futuros e imaginados.

Preguntas de influencia relativa: Ayudan a identificar la esfera de influencia del problema, que puede abarcar el ámbito conductual, emocional, físico, interaccional y actitudinal. Así se identifica la descripción saturada por el problema. Aplicadas en el trabajo con familias, incitan a los miembros a generar dos tipos de descripciones: Uno, la referente a la influencia que el problema tiene en la vida y las relaciones de la familia; y dos, la descripción de la influencia que los miembros de la familia y sus relaciones tienen en la persistencia del problema (descripción externalizada).

Preguntas de influencia de las personas: Invitan a los clientes a describir su propia influencia, así como la influencia de sus relaciones, sobre la “vida” del problema. Generan información que contradice la descripción saturada y ayuda a la persona a identificar su competencia y sus recursos.

El efecto que tienen las preguntas de influencia cuando se atiende a familias, es que los miembros de ella toman conciencia de sus recursos y limita el “poder” que el problema ejerce sobre ellos. Así logran reconocer que ya han realizado algunas acciones eficaces para resolverlo. “Esta indagación no sólo valoriza la capacidad familiar, sino que además contribuye a externalizar aún más el problema” (White, 1994, p. 11). La familia, entonces, une sus esfuerzos para combatirlo.

En 1993, White hablaba también de emplear preguntas sobre logros aislados (que contradicen la versión saturada del problema, redefiniendo en consecuencia las relaciones familiares), preguntas relativas a la explicación única (que instan a la familia a relacionar el logro aislado con una pauta o clase de sucesos relacionados en el tiempo y el espacio), preguntas relativas a la redescrpción única (que

favorecen la redescrición de sí mismos, de los demás y de sus relaciones) y preguntas sobre posibilidades únicas (en las cuales la familia especula sobre su futuro personal y de sus relaciones).

La Terapia Narrativa sugiere el uso de medios narrativos en el proceso de terapia. En este contexto, las cartas son un medio para un fin, y por lo tanto pueden ser empleadas con diversos propósitos. Se usan con el objetivo de convertir las vivencia en una narración o relato que tenga sentido con los criterios de coherencia y realismo. Son una versión de la realidad co-construida que es la terapia y se convierten en una propiedad compartida por todos los participantes. Pueden redactarse cartas de invitación para incluir en la terapia a otras personas que pueden favorecer su curso o para personas reacias a participar en ella. Las hay para demostrar que no es necesario que una persona desempeñe ciertas funciones en la familia. Existen también las llamadas cartas de predicción que Epston (White & Epston, 1993) utiliza para predecir el futuro de una persona, relación o familia con la intención de asegurar la curiosidad de la(s) persona(s) en la terapia y contar con el posible efecto de una profecía autocumplidora. Las cartas de contra-derivación se dirigen a quien refirió a la(s) persona(s) con el terapeuta, señalando los avances y logros durante la terapia. Se han utilizado también cartas de recomendación, cartas para ocasiones especiales (aniversarios luctuosos, cumpleaños, graduación, etc.) y cartas breves para compartir con el consultante algunas reflexiones postsesión, solicitar su ayuda para esclarecer dudas del terapeuta, motivadas por la inasistencia de alguien a la cita o para convocar un público para la creación de nuevos relatos. Los usos de las cartas pueden ser infinitos, todo depende de la creatividad del terapeuta.

White y Epston (1993) han echado mano en su trabajo de relatos de historias propias de los clientes con la finalidad de hacer que el relato esté al alcance de otras personas; para ello emplean videos, audiograbaciones, cartas testimoniales, historias escritas, cartas personales y llamadas telefónicas. La estructura narrativa de estos relatos suele ser la historia de éxitos. Asimismo, han diseñado una serie de documentos que acreditan nuevos relatos que incluyen galardones co-

construidos con la persona premiada. Estos incluyen trofeos, diplomas, declaratorias y certificados a través de los cuales las personas adquieren un nuevo estatus en la comunidad con sus inherentes privilegios y responsabilidades. La idea es que a través de ellos se incorpore un mayor número de lectores del nuevo relato enriquecido y que se congregue un público para apoyar y consolidar los nuevos significados (White & Epston, 1993). De nueva cuenta, el contenido y diseño de estos documentos depende de la inventiva del terapeuta y de la persona con quien se co-construyen.

Otra atractiva idea propuesta por White (2002) es la que retomó de Barbara Myerhoff, antropóloga norteamericana. Se trata del concepto de *vidas integradas* (*membered lives*), y explica que este concepto implica la metáfora de un “club” de la vida. La idea es que en la vida de las personas existen otras que pertenecen a ella en calidad de “miembros” y que ellos están ordenados jerárquicamente o por estatus, de acuerdo a la importancia y trascendencia que ellos han tenido para la persona.

Basado en esta metáfora, White propone lo que él llama *prácticas de re-integración*, las cuales generan posibilidades para la acción y que informan un tipo especial de evocación. Para explicarlo, White cita a Mayerhoff:

“Para referirse a este tipo especial de evocación, puede utilizarse el término <<re-integración>>, llamando la atención sobre la reagrupación de los miembros, de las figuras que pertenecen a nuestra historia de vida, de nuestros propios yoes anteriores y de los otros significativos que forman parte de esa historia. La reintegración, es entonces, una unificación deliberada y significativa, completamente diferente de la pasiva, continua y fragmentaria sucesión de imágenes y sentimientos que acompaña a otras actividades en el fluir normal de la conciencia” (Mayerhoff, 1982; en White 2002, p. 40).

El término *re-membering* empleado en el sentido propuesto por White, puede entenderse más bien como “volver a hacer miembro a alguien” o “volver a incluir a alguien en un grupo”, pero como su traducción literal al español es imposible, se ha

empleado el término *re-integración*, haciendo alusión al hecho de volver a integrar a alguien a un grupo y hacerlo nuevamente miembro de éste.

White (op. cit.) considera que cuando una persona revisa las pertenencias a su club de vida tiene mayor poder de decisión acerca del estatus de determinados miembros de su club y pueden suspender o exaltar, revocar o privilegiar, degradar o ascender, a determinados miembros. Es la persona quien establece y otorga diversas clases de pertenencia honoraria, incluyendo la pertenencia vitalicia a cierto(s) miembro(s). Así, la persona opina y decide qué voces privilegiar cuando de su identidad se trata y respecto de quiénes están autorizados a hablar de dicha identidad. Las prácticas de reintegración también posibilitan la selección de nuevos miembros (personas y grupos) a quienes que el consultante puede invitar a ocupar lugares preferenciales en este club.

A través de la re-integración, la persona puede reconocer con más claridad las contribuciones valiosas y trascendentes que otras personas han hecho a su vida con el consecuente reconocimiento hacia ellas. Aquellos a quienes se honra y se eleva de estatus son quienes han proporcionado el contexto para la generación de saberes y habilidades para la vida preferidos por la persona. Se trata de alianzas históricas significativas para la descripción predilecta de su identidad y pueden ser identificados y explorados en sus particularidades (conclusiones, descubrimientos, aprendizajes, prácticas de resolución de problemas, etc.) con la consiguiente sensación de poseer un conocimiento que da pie a nuevas formas de acción específicas. Este reconocimiento genera una descripción más rica de la propia vida, y permite la reactivación de membresías inactivas renovando así vínculos con algunas figuras significativas para la persona. La historia de la vida personal queda entonces ligada a las historias de otras personas entorno a determinados temas, valores y compromisos compartidos, y la persona experimenta una presencia más completa de estas figuras en su vida cotidiana, aun cuando ellas ya no estén disponibles (por separación, muerte, o cualquiera otra razón). Todo lo anterior abre posibilidades para la acción de las personas en el mundo, las hace menos

susceptibles a sentimientos de soledad cuando enfrentan la adversidad y evita el sentimiento de aislamiento.

White (2002) describe el uso de un ritual de re-integración basado en *la metáfora del club de vida*. En él, invita a la persona que consulta a pensar en su vida como un club, con sus socios y estatutos de inclusión, con cláusulas respecto al estatus societario de sus miembros, con la posibilidad de revocación o degradación, o bien de promoción y condecoración de sus miembros. Les alienta a reflexionar sobre el impacto que ciertas personas han tenido en su vida y a magnificar la voz de ciertos miembros preferidos, a descalificar y sancionar otras que atentan contra la identidad y bienestar del consultante e incluso abre la posibilidad de que éste invite a participar en el ritual a otras personas que coadyuven a fortalecer sus logros en terapia y a re-escribir la historia que la llevo a consulta. Este autor ha acompañado este ritual con documentos alternativos para consolidar narrativas ricas o densas.

3.6. La Terapia Narrativa de Jill Freedman y Gene Combs.

Jill Freedman y Gene Combs, terapeutas que inscriben su práctica dentro de la corriente narrativa, han aplicado a su trabajo clínico una perspectiva posmoderna conformada por dos metáforas: 1) la narrativa, que les permite pensar en las vidas de las personas como historias y trabajar con ellas el vivenciar las historias de sus vidas en forma que sean significativas y satisfactorias; y 2) la construcción social, que posibilita considerar las maneras en que la realidad social, interpersonal de una persona, ha sido construida a través de la interacción con otros seres humanos e instituciones humanas y localizar la influencia de las realidades sociales en el significado de las vidas de las personas. De esta forma, retoman las ideas de autores como Kenneth Gergen, Berger y Luckmann, Harlene Anderson y Harry Goolishian así como de Michael White, entre otros (Combs & Freedman, 2012; Freedman & Combs, 1996).

Freedman y Combs (1996) han elaborado una serie de preguntas que se hacen a sí mismos durante su trabajo clínico a fin de mantenerse en una posición narrativa/socioconstruccionista:

1. ¿Estoy preguntando acerca de descripciones de más de una realidad?
2. ¿Estoy escuchando para comprender como la realidad experiencial de esta persona ha sido socialmente construida?
3. ¿Cuál lenguaje está siendo privilegiado aquí? ¿Estoy tratando de aceptar y comprender la descripción lingüística de esta persona? Si estoy ofreciendo una distinción o tipificación en mi lenguaje, ¿por qué estoy haciéndolo? ¿Cuáles son los efectos de las múltiples distinciones lingüísticas que están apareciendo en la conversación terapéutica?
4. ¿Cuáles son las historias que soportan el problema de esta persona? ¿Existen historias dominantes que están oprimiendo la vida de esta persona? ¿Qué historias marginadas estoy escuchando? ¿Hay indicios de historias marginadas que todavía no han sido habladas? ¿Cómo podría invitar a esta persona a comprometerse en una “insurrección de conocimientos” acerca de estas historia marginadas?
5. ¿Estoy focalizando sobre los significados en lugar de en los “hechos”?
6. ¿Estoy evaluando a esta persona, o estoy invitándola a evaluar un amplio rango de cosas (p. ej.: cómo marcha la terapia, distinciones preferidas en la vida)?
7. ¿Estoy situando mis opiniones en mi experiencia personal? ¿Estoy siendo transparente acerca de mi contexto, mis valores y mis intenciones de tal modo que esta persona puede evaluar los efectos de mis prejuicios?
8. ¿Estoy siendo atrapado en un pensamiento patologizante o normativo? ¿Estamos definiendo colaborativamente problemas basados sobre lo que es problemático en la experiencia personal de esta persona? ¿Estoy manteniéndome lejos de hipótesis “expertas” o teorías?

En sus entrevistas, Freedman y Combs ponen especial atención a la manera en que escuchan. Escuchan lo que cuentan los clientes como historias y tratan de

comprender el significado que éstas tienen para los clientes mismos. Procuran “ponerse en los zapatos del cliente” intentando comprender desde la perspectiva y el lenguaje de la persona, ya que sólo así pueden reconocer historias alternativas. Conectándose con la experiencia personal del cliente, desde la perspectiva de éste, los terapeutas se orientan hacia las realidades que determinan y están determinadas por sus narrativas personales. Se esfuerzan por escuchar lo que no saben de la persona y explican que este tipo de escucha requiere una atención focalizada, paciencia y curiosidad mientras se construye una relación de mutuo respeto y confianza. Practican una escucha deconstructiva a través de la cual abren espacios para aspectos de las narrativas de las personas que todavía no han sido historizadas. Pretenden con ello que las personas experimenten sus historias como algo sobre lo que ellos tienen control en lugar de que sea algo que los determina. (Combs y Freedman, 2012; Freedman y Combs, 1996).

A fin de poder investigar sobre historias subordinadas que reflejan ideas, experiencias y compromisos con determinados valores a los que la persona considera valiosos, Combs y Freedman (2012) dirigen su escucha buscando lo que han llamado “lo ausente pero implícito”. Intentan identificar expresiones que indiquen que algo importante para la persona ha sido frustrado en su relato o que parece imposible de realizar y preguntan acerca de lo que esta historia dice sobre los propósitos, esperanzas, deseos y sueños del consultante.

Asimismo, dan especial *atención a la agencia personal* y en sus conversaciones asumen que aún en situaciones limitadas o abusivas las personas siempre están respondiendo de alguna forma, quizá en forma casi imperceptible, pero lo hacen. Apuntan que el reconocimiento de estas pequeñas respuestas hace una diferencia inmediata, generando en ellas la experiencia de ser un agente en sus vidas (Freedman & Combs, 1996).

Estos autores han retomado en su trabajo la *posición de “no-saber”* propuesta por Anderson y Goolishian. La terapia es vista como un proceso en el cual siempre nos estamos moviendo hacia lo que no es sabido todavía. Evitan hacer preguntas desde

una posición de pre-concepción de las cuales deseamos respuestas particulares. Para ellos, nuestro conocimiento como terapeutas es sobre el proceso de terapia y no sobre el contenido y significado de la vida de las personas. Ellos señalan que en la conversación terapéutica estamos haciendo emerger significados en la interacción con los otros, no descubriendo verdades.

Emplean también la *externalización del problema* propuesta por White, y la consideran más trascendente *como una actitud* que como una técnica. Comentan que cuando se emplea como herramienta lingüística, resulta superficial, forzada y de poca ayuda.

Por otra parte, hacen *preguntas deconstructivas* que invitan a las personas a ver sus historias desde diferentes perspectivas, a notar cómo son construidas (o que son construidas), a notar sus límites, y a descubrir que hay otras posibles narrativas. Estas preguntas están relacionadas con la idea de White acerca de que las historias dominantes pueden ser subyugantes para las vidas de las personas. Como estas preguntas ayudan a las personas a distinguir creencias, prácticas, sentimientos o actitudes, ellos cuestionan sobre:

- 1 La historia de la relación de la persona con creencias, prácticas, sentimientos o actitudes.
- 2 La influencia del contexto sobre las creencias, prácticas, sentimientos o actitudes.
- 3 El efecto o resultado de las creencias, prácticas, sentimientos o actitudes.
- 4 La interrelación con otras creencias, prácticas, sentimientos o actitudes.
- 5 Las tácticas o estrategias de las creencias, prácticas, sentimientos o actitudes.

También trabajan sobre los *eventos extraordinarios* que contradicen la narrativa saturada del problema y consideran a las personas los autores privilegiados de sus historias, lo cual coloca al terapeuta en un lugar de co-autor. Debido a que los terapeutas no pueden saber hacia dónde evolucionará la historia y a que no son los autores principales de ella, Freedman y Combs emplean en su lenguaje el *modo*

subjuntivo. De igual modo, dan importancia a los logros únicos como una manera de abrir la posibilidad de hacer preguntas y crear una discusión reflexiva que pueda desarrollar nuevas historias. Para ellos incluir un tiempo y un espacio para la reflexión en la terapia promueve la experiencia de la experiencia, y es a través de la experiencia de reflexionar sobre nuestras experiencias que hacemos significados de ellas.

En opinión de estos autores, los terapeutas narrativos hacen preguntas para generar experiencias más que para recabar información. Cuando las preguntas generan experiencias de realidades preferidas pueden ser terapéuticas por sí mismas. Cuando Freedman y Combs (1996) hacen preguntas, en lugar de creer que las personas recuperan experiencias particulares con un significado predeterminado, están intentando saber cómo sus preguntas funcionan como co-autoras de experiencias. Para ellos, las preguntas no acceden a la experiencia, la generan.

A fin de hacer las historias más vividas, ellos incluyen el *uso de detalles*, ya que al buscarlos en su memoria, las personas se ven involucradas experiencialmente. Del mismo modo, procuran incluir diferentes puntos de vista, ya sea proponiendo mirar a través de los ojos de otra persona, mirar a través de los propios ojos pero a una edad diferente, mirar desde una posición reflexiva, mirar atrás desde el futuro, o mirar hacia el futuro desde el pasado.

Igualmente, usan experiencias hipotéticas o especulativas como una base para el presente y el futuro. También recurren a la identificación de recursos desde contextos no problemáticos para usarlos en los contextos que sí lo son.

En su trabajo con familias y parejas, con la idea de lograr la narración y re-narración de las historias para generar un cambio de significado, Freedman (2014) pone en marcha *la estructura de atestiguar* en la que invita a un miembro de la familia a relatar su historia y a los otros a permanecer en una posición de testigo o reflexiva, con la intención de escuchar y comprender la historia de quien la está relatando.

Posteriormente invitan a los testigos a contribuir en la narración y creación de significados y consideran que su participación en calidad de re-narradores enriquece la historia contada.

Una parte muy importante de su trabajo es el énfasis en *la ética*. Freedman y Combs (1996) permanentemente practican lo que llaman “*situándose a sí mismo*”; con ello se refieren a identificar clara y públicamente sus experiencias, su imaginación e intenciones (al igual que lo propone White) que creen guían su trabajo. Este es un proceso, conforme introducen sus ideas las sitúan en su experiencia, al mismo tiempo que cuidan no dominar la conversación hablando sobre ellos mismos.

Para ellos, la ética se pone en marcha al escuchar deconstructivamente en tanto en esta escucha se están comprometiendo a acompañar a las personas en sus luchas. Hacer preguntas a los consultantes en lugar de interpretar, instruir o intervenir directamente, permite a éstos elegir qué responder. Cuando los terapeutas escuchan genuinamente y valoran las ideas y respuestas de las personas, éstas, y no las de los terapeutas, permanecen como centro de la terapia. Su práctica ética se apoya también en el hecho de que ellos se consideran miembros de una audiencia o, en algunas ocasiones co-autores, nada más.

Finalmente, Freedman y Combs (1996) señalan que en el mundo posmoderno la ética tiene relación con el hecho de hacer audibles las voces que han sido marginadas para que sean comprendidas y se les dé respuesta.

3.7. La Aproximación Colaborativa de Harlene Anderson y Harold Goolishian.

Harlene Anderson (1997) señala que su aproximación no es un modelo sino una postura filosófica acorde con la perspectiva posmoderna. Para ella, uno de los rasgos más importantes de la vida es la conversación. Desde su punto de vista, estamos en continua conversación con otros y con nosotros mismos. A través de la conversación formamos y reformamos nuestras experiencias de vida y eventos,

creamos y recreamos nuestros significados y comprensiones, construimos y reconstruimos nuestras realidades y a nosotros mismos.

Ella propone que toda conversación, ocurre y se forma momento a momento, es particular a su contexto, a los participantes involucrados en ella y a las circunstancias; e identifica ciertas características básicas de toda conversación:

1. Todos los participantes entran en una conversación con un entramado que incluye lo que ellos brindan desde su vida cotidiana.
2. Cada conversación ocurre dentro de un contexto.
3. Cada conversación está inserta dentro de, se convertirá en parte de, será influenciada por e influenciará a, un gran número de conversaciones pasadas y futuras. Ninguna conversación es un evento aislado.
4. Cada conversación tienen un propósito, expectativas e intenciones, con las que todos los participantes contribuyen.
5. Cada conversación externa entre los participantes incluye una conversación interna, silenciosa dentro de los mismos.

Desde el punto de vista de esta aproximación, no todas las conversaciones son iguales,

“algunas conversaciones acrecentan posibilidad, otras las disminuyen. Cuando la posibilidad es acrecentada, tenemos una sensación de agencia personal, una sensación de que podemos tomar la acción necesaria para dirigir lo que nos interesa o nos preocupa: nuestros dilemas, esperanzas, intenciones y acciones” (Anderson, 1997, p. xvii).

Anderson (op. cit) define su aproximación colaborativa como su personal concepción de la terapia, como un sistema de lenguaje y un evento lingüístico en el cual las personas están comprometidas en una relación colaborativa y en una conversación en mutuo esfuerzo hacia la posibilidad.

Harlene Anderson (1997), retoma las ideas de la hermenéutica y el construccionismo social en su práctica, en tanto comparten una perspectiva

interpretativa que enfatiza el significado como construido, no impuesto. Anderson y Goolishian (1992) señalaron que su propuesta de terapia se desplaza hacia una posición más hermenéutica interpretativa, la cual destaca que los significados los crean y experimentan los individuos que conversan. Anderson (op. cit.) aclara que la hermenéutica no es un intento por acceder al verdadero significado o a la correcta representación. Desde una perspectiva hermenéutica toda comprensión es interpretativa, por lo que uno no puede alcanzar una verdadera comprensión, el significado de una persona no puede ser totalmente entendido y mucho menos duplicado por otra persona. La verdad no es relevante, no hay una correcta narración de un evento y no hay interpretaciones correctas. Cada narración, cada interpretación, es sólo una versión de la verdad, la cual está construida a través de la interacción de los participantes y es contextual.

Respecto al construccionismo social señala que éste trata de diferencias, que es una manera de investigación social. El construccionismo social, dice Anderson, propone que el conocimiento, incluyendo el conocimiento de uno mismo o la propia narrativa, es una construcción comunal, un producto del intercambio social. Así, la Hermenéutica y el Construccionismo Social, con su énfasis en la naturaleza interrelacional del conocimiento y la noción del self como construido lingüísticamente y transformado a través del diálogo, son los puntos centrales de esta aproximación colaborativa.

Su propuesta está basada en los siguientes supuestos filosóficos:

1. Los sistemas humanos son sistema de lenguaje y generación de significados.
2. Su construcción de la realidad está formada por la acción social más que por procesos mentales individuales independientes.
3. Una mente individual es una composición social, y el self, por lo tanto se convierte en social, una composición relacional.
4. La realidad y el significado que atribuimos a nosotros mismos, a los otros, a las experiencias y los eventos de nuestras vidas son un fenómeno

interaccional creado y experimentado por individuos en la conversación y la acción (a través del lenguaje) con otros y con nosotros mismos.

5. El lenguaje es generativo, da orden y significado a nuestras vidas y a nuestro mundo, y funciona como una forma de participación social.
6. El conocimiento es relacional y está encarnado y generado en el lenguaje y en nuestras prácticas cotidianas.

Para Anderson (1997), la terapia se caracteriza por una conversación dialógica, en silencio, o en voz alta, entre el terapeuta y el cliente. Para ella una conversación dialógica es un proceso generativo en el cual nuevos significados, diferentes maneras de comprender, hacer sentido, o puntuar las experiencias vividas, emergen y son mutuamente construidas. Las novedades que genera dan al cliente agencia personal y la disolución del problema.

Ella considera que en el contexto de terapia la voz del cliente tiene un lugar preponderante, y que una posición natural y espontánea de aprendizaje de parte del terapeuta invita a una mutua y compartida investigación, lo cual genera un proceso de co-exploración del problema y co-desarrolla las posibilidades. De este modo, la terapia se convierte en *una conversación con*, en lugar de platicar a la persona; el foco está puesto en el proceso dialógico.

Esta autora se preocupa por la forma en que sus clientes emplean el lenguaje, por aprender acerca de sus valores, sus dilemas y de su forma de ver el mundo. A diferencia de otros modelos en terapia familiar, ella considera que la familia no tiene un lenguaje, sino que los miembros de ella lo tienen y cada uno es distinto. En su trabajo, no busca negociar un consenso, sino mantener la riqueza de la diferencia. Su interés en cada persona y en cada versión de la historia le hace hablar con una persona a la vez en forma concentrada; demuestra en sus palabras y sus actos que está sinceramente interesada en lo que cada persona tiene que decir, respeta lo que cada cual dice y les da a cada cual tiempo para decirlo. Usa más su lenguaje ordinario que el lenguaje profesional, pues cree que “no solo los clientes se vuelven

humanos a través del uso del lenguaje ordinario, los terapeutas también” (Anderson, 1997, p. 62).

En el proceso colaborativo, el terapeuta es uno de múltiples autores de narrativas emergentes y no dichas. Para describir lo que para ella es ser un terapeuta, Anderson expresa lo que ella cree que no debe ser:

- No es un editor de narrativa.
- No es una tabula rasa o pantalla blanca.
- No es un negociador o árbitro de diferencias.
- No es un detective que descubre la verdad, o qué es verdad o más verdadero, falso o más falso.
- No es un interventor ni un terapeuta pasivo.

Anderson y Goolishian (1992) proponen que el terapeuta mantenga una *posición de ignorancia o “no saber”* en la comprensión que se desarrolla a través de la conversación terapéutica, la cual contrasta con la comprensión del terapeuta que se basa en narraciones teóricas preconcebidas. Esto implica que en terapia nuestra comprensión y nuestras interpretaciones no estén limitadas por el conocimiento, las experiencias previas o ciertas verdades formadas teóricamente.

Para ellos, la comprensión es siempre interpretativa y por lo tanto para la comprensión no hay punto de vista privilegiado. Anderson (1997) comentó que el constante estado de incertidumbre permite que el éxito y consecuencias de la terapia no estén determinadas de antemano o predichas. La posición de *“no saber”*, o más bien como dice Anderson, de *“no tener que saber”* libera al terapeuta de la necesidad de ser un experto. Desde esta aproximación, el cliente es el experto en el área de contenido, el cliente es el experto en sus experiencias de vida y en lo que respecta a lo que lo trajo a la terapia. Por su parte, el terapeuta es el experto en el proceso, en comprometerse y participar con el cliente en un proceso dialógico de contar historias. La posición de ignorancia implica una actitud general, una postura en la que las acciones y actitudes del terapeuta comunican una abundante y genuina curiosidad y necesidad de saber más acerca de lo que se ha dicho, sin transmitir en modo alguno opiniones o expectativas preconcebidas acerca del

cliente, el problema o lo que deba cambiarse. El terapeuta está siempre en posición de ser informado por el cliente (sea una persona o varias). En la ignorancia el terapeuta adopta una postura interpretativa que descansa sobre el permanente análisis de la experiencia, tal como se da dentro del contexto.

En una terapia de este tipo, en la cual el cambio es una consecuencia del diálogo, el terapeuta, al igual que el cliente, será sujeto de ese cambio. También se considera importante el hecho de que el terapeuta se vuelva público, es decir, que comparta abiertamente sus diálogos internos y sus monólogos, sus pensamientos, sus prejuicios, sus dudas, sus especulaciones, sus preguntas, sus opiniones y sus temores. Al hacerlo, el terapeuta está abierto a la retroalimentación, la evaluación y la crítica (Anderson, 1997).

Anderson opina que la reflexión puede alentar y asegurar la emergencia de múltiples voces o perspectivas del terapeuta. El terapeuta, al igual que el cliente, puede tener pensamientos, algunos compatibles, otros incompatibles. Reflexionar y mostrarse a sí mismo al otro, permite al terapeuta y al cliente tener mayor flexibilidad en repartir las múltiples y naturales opiniones en conflicto acerca del problema que el cliente presenta. De esta forma, es posible tener o afirmar una fuerte opinión y participar en situaciones controversiales sin polarizar o congelar posiciones, así todo lo dicho es un suministro provisional para la tarea.

Con base en su idea de ser transparente, Anderson (op. cit.) da la oportunidad al cliente de hacerle preguntas, cualesquiera que éstas sean. De igual modo, invita y alienta al cliente a colaborar, con lo cual la responsabilidad es compartida por ambas partes.

Su postura terapéutica es intencional, en el sentido de que ella ha elegido deliberadamente ser abierta, genuina, comprensiva, respetuosa y curiosa, características todas que considera inherentes en una relación terapéutica que es mutua, colaborativa, cooperativa e igualitaria.

En lo que respecta a las “intervenciones”, ella indica que las ideas y acciones así llamadas emergen desde la conversación local de la terapia y que el cliente participa en su concepción; considera que éstas deben ser lógicas, coherentes y únicas para la familia y sus miembros.

Finalmente es importante señalar que Anderson y Goolishian (1992), al hacer referencia a las preguntas, indicaron que la pregunta terapéutica o conversacional es la herramienta más importante para el terapeuta. Este tipo de preguntas surgen de una necesidad de saber más acerca de lo que acaba de decirse. Para ellos, la base del interrogatorio es permitir al cliente cuestionar la gama de comprensión del terapeuta, el terapeuta está continuamente adaptando su comprensión a la de la otra persona. Las preguntas terapéuticas formuladas desde una posición de ignorancia no son retóricas ni pedagógicas, ponen al descubierto algo desconocido e imprevisto como posible. Este tipo de preguntas son impulsadas por la diferencia de comprensión y se extraen del futuro de la posibilidad aún no realizada de una comunidad de conocimiento; al preguntar desde esta posición el terapeuta puede avanzar hacia lo “aún no dicho”, lo cual implica una gama extraordinaria de posibles respuestas y de posibilidades inexpresadas.

A continuación se presenta una propuesta de atención a familias en duelo. Se trata de una guía práctica que ofrece una serie de lineamientos basados en los principios y conceptos de las modalidades terapéuticas en este capítulo reseñadas.

**CAPÍTULO 4: PROPUESTA DE UNA GUÍA DE
INTERVENCIÓN PARA LA ATENCIÓN DE FAMILIAS EN
DUELO DESDE LA TERAPIA NARRATIVA Y LA POSTURA
COLABORATIVA.**

Contenido.

- 4.1. Justificación.
- 4.2. Objetivos.
- 4.3. Población.
- 4.4. Marco referencial.
- 4.5. Herramientas narrativas para uso del terapeuta durante todo el proceso.
 - 4.5.1. El uso de preguntas en Terapia Narrativa.
 - 4.5.2. El uso de un lenguaje externalizador.
 - 4.5.3. El uso de testigos o audiencias.
 - 4.5.4. El uso de medios narrativos con fines terapéuticos.
- 4.6. Procedimiento: Cadena de prácticas narrativas para la atención de familias en duelo.
 - 4.6.1. Principios e ideas que rigen la actuación del terapeuta en cada sesión terapéutica.
 - 4.6.2. Organización de las sesiones terapéuticas con la familia.
 - 4.6.3. Primer momento: Presentación y descripción saturada del problema.
 - 4.6.4. Segundo momento: Bautizar el problema.
 - 4.6.5. Tercer momento: Externalizar el problema.
 - 4.6.6. Cuarto momento: Buscar <<desenlaces inesperados>> o <<relatos, conocimientos o acontecimientos extraordinarios>> que contradicen la historia dominante saturada del problema.
 - 4.6.7. Quinto momento: Deconstrucción de los <<desenlaces inesperados>> o <<relatos, conocimientos o acontecimientos extraordinarios>>.
 - 4.6.8. Sexto momento: Invitar a la persona a asumir una postura frente al problema.
 - 4.6.9. Séptimo momento: narrar y re-narrar.
- 4.7. Prácticas idóneas para asistir a familias en duelo.
 - 4.7.1. Prácticas de re-integración: El club de la vida.

- 4.7.2. Metáfora de “decir de nuevo: ¡hola!”
- 4.8. Recomendaciones para el terapeuta sobre su posición y la ética.
 - 4.8.1. Mantenerse en una posición narrativa/socioconstruccionista.
 - 4.8.2. La ética en la práctica del terapeuta.

4.1. Justificación.

En general, la práctica cotidiana de los terapeutas suele estar dirigida a brindar atención a diversas circunstancias que las personas están viviendo y que por alguna razón les resultan por lo menos incómodas, si no es que dolorosas y de difícil solución. La pérdida de un ser querido es uno de estos motivos, que tiene características particulares y que plantea demandas y exigencias importantes al clínico y a la familia consultante, tanto a nivel de acción como emocional.

La asistencia profesional a familias en duelo requiere de gran sensibilidad y flexibilidad por parte del terapeuta, de conocimientos precisos respecto al duelo y los procesos de duelo, así como de la diversidad familiar, a fin de obtener una mejor comprensión de lo que aqueja a sus consultantes.

El trabajo clínico en casos de duelo se caracteriza por intensas emociones dolorosas y retos que abruman a los miembros de la familia y también al terapeuta quien difícilmente puede sustraerse de ese contexto. Además, la atención a la familia implica una lógica que en cierta forma es distinta a la que los terapeutas empleamos en terapia individual. Dar seguimiento, cabida y validez a diversos discursos y necesidades así como favorecer su orientación hacia la solución del problema, son tareas complejas en las que el terapeuta corre el riesgo de perderse comprometiendo seriamente el trabajo conjunto con la familia y complicando la solución pertinente al problema que la aqueja.

Ya sea de forma particular o en alguna institución, comúnmente los terapeutas desarrollan su práctica profesional de manera individual, sin el apoyo y la asistencia de algún colega o equipo terapéutico. En el mejor de los casos, eventualmente cuentan con un supervisor, un terapeuta con más experiencia, con quien compartir lo que acontece entre los consultantes y él. Sin embargo, cotidianamente, suelen trabajar en solitario, sin más herramientas de reflexión sobre su labor y el proceso terapéutico. Durante 15 años de experiencia laboral institucional y 25 años de forma privada, la autora de la presente propuesta ha constatado la conveniencia de contar

con alguna herramienta que permita al terapeuta guiar, cuestionar y/o reorientar su desempeño en caso necesario. Esta guía tiene esta intención: ofrecer al terapeuta lineamientos generales que faciliten la revisión de su trabajo y estimulen su creatividad al hacer psicoterapia.

En el campo de la psicología y la psicoterapia, se ha desarrollado una gran variedad de modelos de intervención basados en diversos marcos teóricos, con diferentes epistemologías e incluso variadas implicaciones éticas. Esta amplia gama de modelos ha permitido que los terapeutas contemos con un abanico de posibilidades técnicas que sin duda enriquecen nuestra práctica, haciéndonos accesibles muchas maneras de asistir a las familias en dificultades.

Dentro de estas posibilidades se encuentran las llamadas terapias posmodernas, particularmente la Terapia Narrativa desarrollada por Micheal White, David Epston, Jill Freeman y Gene Combs, así como la Postura Colaborativa de Harlene Anderson y Harold Goolishian. Estas propuestas terapéuticas han representado un cambio refrescante y sensible en la manera de concebir y practicar la psicoterapia con excelentes resultados para los consultantes. En el caso particular de familias que han sufrido la pérdida de un ser querido han demostrado su utilidad, favoreciendo la elaboración del duelo y la resiliencia familiar. Al caracterizarse por un estilo sensible, respetuoso, humano, comprensivo y responsable, la autora de esta propuesta considera que ambas son ideales para la atención de familias en duelo.

Esta guía para asistir a familias en duelo propone lineamientos fundamentales que el terapeuta puede emplear a fin de orientar su labor a lo largo del complejo proceso de terapia. Basada en la Terapia Narrativa y la Postura Colaborativa y en los tres temas desarrollados en el marco teórico previamente desarrollado, esta guía: a) sugiere el uso de cierto tipo de preguntas presentando algunos ejemplos de ellas, b) recomienda el uso de las prácticas comunes de la Terapia Narrativa, c) detalla una puntual cadena de prácticas a desarrollar por parte del terapeuta, y c) hace recomendaciones respecto a la ética y la postura del terapeuta durante la terapia.

4.2. Objetivos.

Objetivo General:

Los terapeutas se informarán sobre los lineamientos básicos de la Terapia Narrativa y la Postura Colaborativa en la atención de familias en duelo.

Objetivos Particulares:

- Los terapeutas diferenciarán las características particulares de las familias en duelo a quienes prestan su servicio.
- Los terapeutas discriminarán las características del duelo y los procesos de duelo que cursan los miembros de la familia y la familia como unidad.
- Los terapeutas reconocerán las bases teóricas y herramientas prácticas de la terapia narrativa y la postura colaborativa más útiles en la atención de familias en duelo.

4.3. Población.

La presente guía está dirigida particularmente a los profesionales de la psicoterapia con experiencia clínica. Su aplicación requiere de conocimientos sobre psicoterapia, el duelo y los procesos del duelo, la terapia familiar en general, las terapias posmodernas, y en particular sobre Terapia Narrativa y la Postura Colaborativa.

Si bien estos lineamientos pueden ser de utilidad para aquellos terapeutas que inician su práctica clínica (ofreciéndoles un mapa para guiarse a lo largo del proceso terapéutico, orientando su escucha, búsqueda de información y el acompañamiento que dará a las familias en duelo), en este caso específico se considera conveniente la participación y supervisión de un colega con una experiencia clínica de mayor data, a fin de ampliar las posibilidades del proceso terapéutico y el bienestar de las familias que lo experimentan.

4.4. Marco referencial.

En lo relacionado a la familia, la presente propuesta de intervención retoma la idea de diversidad familiar, la teoría del interaccionismo simbólico, la teoría del desarrollo familiar, la teoría de los sistemas familiares, la ecología del desarrollo humano, la importancia de las narrativas y las creencias familiares, así como el concepto de resiliencia familiar. Esta información se halla desarrollada en el capítulo primero de esta tesis.

En lo concerniente al duelo y sus procesos, se fundamenta en la teoría del apego, la conceptualización del duelo como momentos, fases o etapas, complementándose con la conceptualización del duelo como cumplimiento de tareas psicológicas y psicosociales. Además, considera las variables asociadas a las diferencias individuales en la respuesta a la pérdida y las asociadas a la posible complicación del duelo, así como las características y dinámicas propias de las familias en duelo. Dicha información se presenta en el capítulo dos del presente trabajo.

En cuanto al estilo terapéutico que se sugiere, está completamente basada en los principios y prácticas propias de la Terapia Narrativa de Michael White y David Epston, Jill Freedman y Gene Combs; y la Postura Colaborativa de Harlene Anderson y Goolishian, las cuales comparten las siguientes características (Limón, 2005 b; Tarragona, 2006; Tarragona, 2013):

- La concepción relacional del conocimiento y la identidad: nuestra experiencia de la realidad o del significado que damos a nuestras experiencias se construye a través de nuestras interacciones con otras personas.
- Atienden al contexto.
- Subrayan la importancia del lenguaje. Conceptualizan la terapia como un proceso conversacional. Las preguntas, el dialogo y la conversación generan significados.

- Mantienen una relación colaborativa entre el cliente y el terapeuta. Abandonan la jerarquía y establecen una relación horizontal. La terapia ya no es algo que se le hace a alguien, sino algo que se hace con alguien.
- El terapeuta mantiene una postura de No-saber.
- El experto es el cliente, lo es en relación a su vida, sus experiencias, sus sentimientos, su sufrimiento y sus problemas.
- El terapeuta se mantiene curioso en forma permanente.
- Se provoca la reflexión tanto en el proceso (conversaciones reflexivas) como en la postura (postura reflexiva) del terapeuta, ya sea que trabaje en grupo, en coterapia o solo.
- La inclusión de múltiples perspectivas o voces, ya sea incorporando equipos de terapeutas o invitando a otras personas relacionadas con el cliente.
- La tentatividad con la que los terapeutas presentan sus ideas.
- La postura “ambos...y” o “o...o” basada en la idea posmoderna de realidades múltiples construidas socialmente.
- Interés en lo que funciona en la vida de las personas y en lo que ellas consideran importante y valioso.
- La importancia que dan al concepto de agencia personal.
- Los terapeutas son públicos o transparentes en relación a sus prejuicios y diálogos internos durante la sesión.
- La flexibilidad en la duración de la terapia. Ésta es variable, tiende a ser breve, el cliente decide si y cuándo quiere volver a ver al terapeuta y quién sería deseable que asistiera a la siguiente sesión (pareja, familia, amigos, etc.) Pueden ser largas si el consultante decide ver al terapeuta esporádicamente durante años.
- Evitan la perspectiva psicopatológica, culpar o clasificar a las personas o familias.

La descripción detallada de estos estilos terapéuticos se encuentra en el capítulo tres de este trabajo.

4.5. Herramientas narrativas para uso del terapeuta durante todo el proceso.

A continuación, se presentan 4 herramientas consideradas fundamentales durante todo el proceso terapéutico. Son elementos característicos de este tipo de aproximación que el terapeuta deberá adecuar a cada caso particular con base en su experiencia y creatividad.

4.5.1 El uso de las preguntas narrativas.

Las preguntas son una poderosa herramienta, pero nunca se usan de modo distante o frío. Al preguntar, el terapeuta se implica directamente, trata de introducir las preguntas en la conversación y contestar con más preguntas de modo natural, expresando un genuino deseo de escuchar y comprender a la persona acompañado de un lenguaje corporal interesado. Dependiendo de su finalidad, pueden identificarse las siguientes:

- *Preguntas de influencia relativa:*

Ayudan a identificar la esfera de influencia del problema, que puede abarcar el ámbito conductual, emocional, físico, interaccional y actitudinal. Así se identifica la descripción saturada por el problema.

Aplicadas en el trabajo con familias, incitan a los miembros a generar dos tipos de descripciones:

- a) Referente a la influencia que el problema ha tenido y tiene en la vida de las personas y las relaciones de la familia. Por ejemplo:

¿En qué áreas de su vida notó mayores cambios a raíz de que murió su hijo?, o bien, ¿cómo describiría la manera en que “el dolor insoportable” ha trastocado su salud/sus relaciones familiares/su trabajo, etc.?

- b) Referente a la influencia que la persona o los miembros de la familia y sus relaciones ha(n) tenido y tiene(n) en la “vida del problema” o en su persistencia. Por ejemplo:

¿Podría identificar algo que haya usted dejado de hacer y que le ayude a ese “insomnio recurrente” a impedirle descansar como a usted le gustaba?

Así, las personas logran reconocer que ya han realizado algunas acciones eficaces para resolverlo. “Esta indagación no sólo valoriza la capacidad familiar, sino que además contribuye a externalizar aún más el problema” (White, 1994, p. 11). La familia, entonces, une sus esfuerzos para combatirlo.

- *Preguntas para deconstruir la narrativa:*

Estas pueden ser:

- a) *Preguntas relativas al panorama de acción:* Hacen referencia al pasado, al presente o al futuro y son útiles para dar paso a relatos alternativos que se extienden a través de la dimensión temporal. Se trata de preguntas que historian logros aislados. Ejemplos:

¿Cómo te preparaste para dar ese paso?

¿Podrías describirme las circunstancias en las que ocurrió ese cambio? ¿Alguien contribuyó a ese cambio?, ¿quiénes y de qué forma?

¿Qué cosas de lo que ha vivido podrían haberles sugerido que ésta era una posibilidad para ustedes?

- b) *Preguntas relativas al panorama de conciencia:* Éstas llevan a la persona a revisar los hechos que se desarrollaron en el panorama de acción y a determinar qué podrían revelar acerca de: 1) la naturaleza de sus preferencias y sus deseos, 2) el carácter de las varias cualidades personales y de relación, 3) la constitución de sus estados intencionales; 4) la composición de sus creencias preferidas, y 5) la naturaleza de sus empeños.

Estas preguntas invitan a la realización de estas preferencias alternativas (deseos, cualidades personales y de relación, estados intencionales y creencias), dando paso también a una revisión de los empeños y compromisos personales en la vida. Ejemplos:

¿Qué te sugieren estos descubrimientos acerca de lo que deseas en la vida?

¿Qué deduces de estos cambios sobre lo que es adecuado para ti?

¿Qué te dice esto de lo que tu esposa considera importante y de lo que estaría dispuesta a hacer?

c) **Preguntas referentes a experiencias de experiencias:** Facilitan el proceso de recreación de vidas y relaciones, incitan a la persona a dar una versión de lo que cree o imagina que otra persona puede pensar de ella y a remontarse a sus experiencias pasadas. La llevan a expresar ciertos aspectos olvidados o descuidados y ponen en juego su imaginación para constituir experiencias alternativas de sí misma. Ejemplos:

Si yo te hubiera observado cuando eras más joven ¿qué cosas que hacías entonces me habrían ayudado a comprender cómo es que fuiste capaz de lograr lo que has logrado?

De todas las personas que te conocen ¿quién sería la menos sorprendida al saber que tuviste el valor de... y afrontar el problema que oprimía tu vida?

Quiero comprender este avance tan importante. De todas las personas que te conocen ¿quiénes podrían explicarnos cómo lo conseguiste?

- **Preguntas de difusión extraordinaria:** Llevan a investigar algunas de las “posibilidades extraordinarias” y a las redescrpciones extraordinarias de las personas y sus relaciones. Son preguntas que invitan a la persona a identificar y reunir a un público ante el cual crear nuevos significados vitales. Tienen igual relevancia los acontecimientos extraordinarios pasados, presentes, futuros e imaginados. Ejemplos:

¿Podrías decirme cómo crees que estos descubrimientos cambian tu actitud hacia ti mismo?

¿Cómo podría este descubrimiento afectar tu relación con...?

- **Preguntas sobre logros aislados:** Incitan a los miembros de la familia a discernir aquellas intenciones y acciones que contradicen la versión saturada del problema, redefiniendo en consecuencia las relaciones familiares. Ejemplos:

¿Puede recordar alguna ocasión en la que pudo caer en el problema y no lo hizo? ¿Pueden recordar un momento en el que su relación era adversa y podría haber culminado en un problema, pero se detuvieron y lo evitaron?

¿Piensa usted que su familia podría considerar este hecho como una negativa de su parte a cooperar con el problema?

- **Preguntas relativas a la explicación única:** instan a la familia a relacionar el logro aislado con una pauta o clase de sucesos relacionados en el tiempo y el espacio. Ejemplos:

¿Quiere ayudarme a comprender cómo superó el problema?

¿De dónde cree usted que su nieto sacó la idea de experimentar con un nuevo estilo de comunicación? ¿Qué cree usted que les parece más significativo a sus familiares de ese cambio decisivo?

- **Preguntas relativas a la redescrición única.** Favorecen la redescrición de sí mismos, de los demás y de sus relaciones. Ejemplos:

¿Qué dice esto de la relación entre los hermanos que a ustedes les es grato conocer?

¿Cómo cree que ha cambiado la opinión que sus hijos tienen de usted?

- **Preguntas sobre posibilidades únicas.** La familia especula sobre su futuro personal y de sus relaciones. Ejemplos:

Habiendo cobrado un nuevo entusiasmo por la vida, ¿qué pasos piensa usted que sus amigas/ hijos/ ven como posibles para usted?

¿En qué manera los hechos futuros en su relación de pareja afectarán la interacción que tienen con sus hijos?

- **Preguntas para deconstruir prácticas de poder:** Permiten al terapeuta externalizar los discursos dominantes que fomentan la adecuación entre las creencias y las acciones y lo que la sociedad espera de las personas a partir de normas implícitas. Ejemplos:

¿De dónde viene esa idea suya de que para ser buen hijo tienes que someterte a la voluntad de tus padres?

¿Qué ejemplo sigues cuando decides vestir de negro durante años tras la muerte de tu esposo?

¿De dónde crees que sacaron tus amigos la idea de que, como tu marido murió hace 2 años, deberías “seguir adelante con tu vida”?

Así que tus amigas dicen que deberías venir a terapia una vez por semana, no una cada tres y dedicarte a superar la muerte de tu hijo. ¿Quisieras hablar de qué quieren decir con ello? ¿De dónde vendrán esas ideas?

4.5.2. El uso de un lenguaje externalizador.

Es aquel que transmite implícitamente que el problema <<tiene efectos sobre>> la vida de la persona, en lugar de ser parte de ella. Por ejemplo:

“La tristeza se apoderó de su vida desde que él murió”, o “entonces la ira la inunda frecuentemente”, a diferencia de “es usted una persona triste desde entonces” o “así que usted es explosiva y violenta”.

La externalización *no se emplea para referirse a acciones perjudiciales o abusivas.*

A estas acciones se les llama por su nombre. Por ejemplo:

“Te maltrato durante años”, “él abusó sexualmente de ti” o “la golpeaste brutalmente”.

Sí se externalizan las creencias que justifican las conductas perjudiciales o abusivas. Por ejemplo:

“La frustración que te invadió en ese momento te llevó a...”

4.5.3. El uso de testigos o audiencias.

Se trata de aquellas audiencias o público con quienes le gustaría a la persona compartir las narrativas exploradas y sus recientes descubrimientos exitosos en su lucha contra el problema. Éstas pueden ser invitadas a las sesiones si la persona lo cree conveniente y enriquecedor, o hacerse presentes a través de las preguntas que elabora el terapeuta o de medios narrativos o documentos, con la finalidad de que ellas confirmen y enriquezcan las versiones alternativas.

4.5.4. Uso de medios narrativos para fines terapéuticos.

El contenido y diseño de estos documentos depende de la inventiva del terapeuta y de la persona con quien se co-construyen. Tiene la intención de resumir los descubrimientos de la persona, y pueden ser elaborados para uso privado de ella, para compartirse con el terapeuta o con otras personas.

La forma que estos documentos pueden tomar ha sido reseñada en el capítulo anterior, la idea es que a través de ellos se incorpore un mayor número de lectores del nuevo relato enriquecido y que se congregue un público para apoyar y consolidar los nuevos significados (White & Epston, 1993).

En el uso de medios narrativos es importante:

- El nivel de alfabetización. Asegurarse de que la persona no tiene problemas para escribir.
- No prescribirlo. La persona debe tener la libertad de intentarlo o declinar la invitación a construirlos.
- Indicar que no importa la gramática, la puntuación o la ortografía. Lo importante es lo que los textos quieren decir.
- Su objetivo no es la catarsis, sino registrar permanentemente los nuevos logros e ideas; consolidar, fortalecer y mantener el relato de sí derivado de estos elementos.
- Hacer hincapié en que lo que se busca es escribir sobre lo que se piensa.
- Prevenir la repetición del trauma. Si la persona desea escribir sobre eventos de este tipo es conveniente adoptar medidas de seguridad como las propuestas por Yvonne Dolan.
- Cuidar la confidencialidad para la persona. No es necesario que muestre su escrito al terapeuta; pero si lo desea, es necesario asegurarse que nadie más tendrá acceso a él. Si es demasiado largo para leerlo en sesión y el terapeuta lo leerá más tarde, le solicita borrar su nombre y se compromete a devolverlo cuando la persona lo crea conveniente.

- La flexibilidad. Cuando las personas crean documentos con diferente formato (tamaño, formato, propósito) es correcto señalarle que la idea original no encajaba con sus necesidades y que nos alegra su iniciativa.
- La necesidad de respuesta. Tomar tiempo para discutir los textos con la persona. Exponer exploratoriamente lo que nos sugirió e invitarla a explicar, profundizar o re-narrar los eventos descritos. Si declina la invitación, no preguntar sobre su contenido, invitarla a hablar de lo que le significó escribirlo, la forma en que modificó sus sentimientos y pensamientos y la medida en que contribuyó a facilitar su mejoría.
- Cuidar la autoría. Deben crearse con precaución para mantener el descentramiento del terapeuta y para que representen las percepciones y pensamientos de la persona y no del terapeuta.
- El terapeuta los escribe con su estilo, pero deben reflejar las percepciones de la persona respecto de lo que ha sucedido en terapia.
- Resistir la tentación de sugerir palabras o frases. La posición de poder del terapeuta podría impedir que la persona rechazara una “buena sugerencia”.
- Ser sensible y comprobar constantemente lo que la persona intenta decir, atendiendo las palabras que emplean para hacerlo.

4.6. Procedimiento: Cadena de prácticas narrativas para la atención de familias en duelo.

Acorde con la perspectiva narrativa y retomando la idea de Payne (2014), a continuación se propone una cadena de prácticas propias del trabajo narrativo, procurando integrar los estilos terapéuticos de White y Epston, y de Freedman y Combs. Esta propuesta se ha dividido en momentos meramente con fines descriptivos y didácticos. Estas prácticas básicas se describen en cierto orden, pero el terapeuta puede ampliarlas, reducirlas, e incluso omitirlas parcial o completamente, de acuerdo a su sentido de pertinencia y la utilidad para la persona o familia. En ningún sentido deben entenderse como prescripciones a seguir rígidamente. Por tratarse de un proceso, estos momentos no necesariamente llevan

un curso lineal, rígido o estereotipado; sino que pueden alternarse, superponerse o traslaparse, en un ir y venir de uno a otro, dependiendo de su pertinencia y de la construcción que tanto la persona como el terapeuta vayan realizando.

4.6.1. Principios e ideas que rigen la actuación del terapeuta en cada sesión terapéutica.

En Terapia Narrativa:

- Los consultantes son *personas* y no “pacientes”.
- Se trabaja con *relatos de terapia*, no con “historias de caso” o “historias clínicas”.
- Se examina minuciosamente lo atípico a fin de que las personas escapen de sus historias ralas o magras.
- Se responde a las personas de manera sensible, sin imponer secuencias predeterminadas de acción. Esto implica que las sugerencias aquí hechas puedan tener cabida total o parcialmente, o bien no ser puestas en marcha en lo absoluto.
- Se procura la mayor precisión lingüística posible y el terapeuta se esfuerza en ser consciente del lenguaje que usa. Se emplea un lenguaje coloquial.
- Se especula sobre nuevas posibilidades.
- Se cuida especialmente la neutralidad étnica y de género.
- Se evitan cuidadosamente aquellas palabras que resulten patologizantes.
- La persona es el centro de la terapia, no el terapeuta. A éste último se le concibe como miembro de una audiencia (o, a veces, como co-autor), más que como narrador.
- Se atienden los factores sociales, políticos y culturales, sobre todo las relaciones de poder.
- Se evitan activamente las relaciones de poder tácitas en la práctica y se examina constante y críticamente el trabajo del terapeuta, comprobando con la persona que ella lo encuentra aceptable.

- Frecuentemente se pregunta a la persona cómo se siente (*¿te encuentras bien hablando de este tema?*); se pide permiso antes de cambiar de orientación (*Me gustaría preguntarte algunas cosas acerca de ... ¿estás de acuerdo?*) y, cada cierto tiempo, el terapeuta se asegura de haber entendido lo que ha apuntado y suele explicar qué está haciendo y por qué (*te pregunto esto porque.../ no volví sobre ese tema porque.../ ¿te parece que volvamos al tema de... para...*).
- El terapeuta expresa sus sentimientos (*lo que me contaste sobre... me conmovió/ alegró/ entristeció*). Al concluir la sesión se muestra positivo (*me gusto nuestra conversación, lo que me has contado hoy me ayuda a entender lo que... significa para ti*) y se asegura de señalar que la sesión pudo haber salido de muchas maneras (*hubiéramos podido tener muchas conversaciones diferentes, me hubiera gustado oír sobre... pero no teníamos suficiente tiempo*).

4.6.2. Organización de las sesiones terapéuticas con las familias.

- No tienen una duración determinada. Esta puede variar entre los 50 minutos comúnmente empleados, hasta 2 horas.
- El intervalo entre sesiones es variable y no hay una norma. Suelen ser distanciadas entre sí (15 días o más). El terapeuta siempre pregunta a la persona si desea establecer una nueva cita y es la persona quien decide si habrá un nuevo encuentro y, en caso afirmativo, cuándo será. También se deja abierta la posibilidad de que la persona se contacte con el terapeuta cuando esté lista para decidir si habrá o no un nuevo encuentro.

Esto parece especialmente útil en casos de duelo, ya que este proceso es relativamente largo y da oportunidad a la persona o la familia de ir atravesando diferentes fases y enfrentar diversas tareas adaptativas entre sesiones.

4.6.3. Primer momento: Presentación y descripción saturada del problema.

Freedman y Combs (1996) entran en la relación terapéutica como humanos falibles y no como “expertos”. Se presentan a sí mismos como personas particulares que

han sido formadas y afectadas por experiencias particulares, con la intención de dar a la persona una idea de cómo ellas pueden tomar lo que el terapeuta dice y hace. Por ejemplo, la terapeuta señala que debido a su género/edad/estado civil/cultura es propensa a pasar por alto o malinterpretar algunas experiencias masculinas/adolescentes/de la viudez/; que sabe que “no sabe” al respecto y que se esforzará por corroborar frecuentemente con los varones/chicos/personas de la familia el no estar perdiéndose de, o malinterpretando algo en la conversación.

En el encuentro inicial preguntan a las personas si desean hacerles alguna pregunta, la que sea, y están abiertos a responder con honestidad.

Por su parte, la persona o familia hace una “descripción saturada del problema” (dolorosa, problemática, desesperanzadora) que encarna el “relato dominante”. Es una descripción rala o magra. El terapeuta asume que este relato es sólo una parte de la historia, que omite elementos de la experiencia vivida.

A partir de este momento, y durante todo el proceso de terapia, a través de la conversación con las personas, el terapeuta va conociendo e informándose sobre lo siguiente:

❖ *La familia:*

- Quiénes, según sus miembros, forman parte de ella en lo inmediato y más allá (padres, hijos, abuelos, tíos, primos, etc.).
- Raza, etnia, clase social de sus miembros, ciclo vital, el número de generaciones que la preceden, su estatus migratorio, orientación sexual.
- Religión, salud y enfermedad mental de sus miembros, nivel académico, seguridad financiera, nivel socioeconómico.
- Valores familiares y sistema de creencias.
- Patrones de relación.
- Patrones en la comunicación.
- Patrones en la expresión de los afectos.
- Patrones de conducta (qué si se puede hacer y qué no).

- Cuáles son las creencias básicas de esta familia.
- Cuáles historias familiares determinan su identidad familiar.
- Cómo definen ellos su identidad familiar (se perciben como resilientes, derrotados por la adversidad, empoderados, etc.).
- La coherencia existe en las narrativas familiares.

❖ *La pérdida del ser querido:*

- sobre la persona amada a quien se pierde,
- cuál fue la importancia de esa persona en las diferentes etapas del ciclo vital de la familia,
- cuál fue y es su importancia en el ciclo vital de cada uno de los miembros,
- cuáles eran las expectativas de la familia acerca del difunto,
- cuál era la significación que esa persona tenía para la familia nuclear y extensa,
- cuáles eran los roles que esa persona desempeñaba,
- qué relaciones sostenía, con quiénes y cómo eran esas relaciones,
- qué parte de la integridad de la unidad familiar se perdió con su muerte,
- qué planes a futuro y/o proyectos se perdieron con su muerte; qué pudo haber sido y ya no será a raíz de su muerte,
- cómo el difunto favorecía el equilibrio en la familia,
- sobre los mediadores del duelo, y
- sobre las tareas y fases del duelo que la familia podría estar enfrentando o travesando.

❖ *Afrontamiento de la pérdida y la muerte:*

- ¿La familia puede aceptar el cambio y la pérdida, así como la idea de la propia muerte? ¿cómo lo hace?
- ¿Los miembros tienden a aferrarse conjuntamente a la fantasía y la negación para evitar la realidad e insistir en la atemporalidad y la perpetuación de los lazos? ¿En qué consisten esas fantasías y la negación?

- ¿Hacen comentarios sobre el fallecido sin censura, además de que incluyen, admite y aceptan sentimientos de vulnerabilidad?
- ¿Ofrecen excusas y hacen comentarios que logran callar a otros miembros?
- ¿Se comunican abierta y francamente sobre lo sucedido?
- ¿Los sentimientos intolerables e inaceptables son delegados y expresados fragmentariamente por varios miembros (uno carga con toda la ira de la familia, otro sólo se encarga de la tristeza, otro mostrará alivio, mientras otro permanece aturdido)?
- ¿Cuál es el significado de la lealtad para esta familia?
- ¿La familia experimentó alguna onda de choque emocional tras la pérdida?
¿Cómo se desarrolló?
- ¿Se suscitó alguna delegación de roles en la familia? ¿En qué consiste?
- ¿Ocurren reacciones de aniversario? ¿Cuáles son?
- ¿Cómo está reorganizándose la familia para cumplir los roles que el difunto desempeñaba?
- ¿Alguien en la familia ha optado por comportarse como el muerto? ¿cómo lo hace? ¿ocupa su lugar rígidamente? ¿presenta síntomas físicos similares a los del fallecido? ¿desempeña sus roles estereotipadamente?

4.6.4. Segundo momento: Bautizar el problema.

Se invita a la persona a expandir su narrativa inicial y a poner un nombre específico al problema. El terapeuta puede hacer sugerencias si a la persona no se le ocurre uno provisional. Este nombre se usa mientras subsiguientes descripciones permiten escoger uno más apropiado y preciso *para la persona*. Si a la persona no le acomoda alguno no se le presiona. Ejemplos:

Me pregunto cómo podemos llamar a este problema.

¿Tienes algún nombre para referirte a lo que estás atravesando en este momento?

Le están pasando un montón de cosas, ¿le parece que las vayamos identificando? ¿Qué nombres podríamos ponerles?

Por lo que me has compartido, creo que yo lo llamaría... ¿te parece apropiado ese nombre o se te ocurre uno mejor con el que te sientas cómodo?

¿Cómo definirías el problema si ésta fuera tu primera sesión? ¿Podrías definir de nuevo el problema?

Cuando se trata de parejas o familias, es conveniente negociar definiciones apropiadas, compartidas y externalizadas del problema, a fin de que los miembros se unan para enfrentar un “enemigo común”. En estos casos es más útil emplear definiciones impersonales, por ejemplo: “*la tendencia a argumentar*”, “*la dificultad en ser más comunicativos*”, “*el hábito de ocultar los sentimientos tristes*”.

En caso de no haber consenso, puede emplearse las posturas “*ambas...y*” o “*o...o*”, para reconocer las realidades múltiples.

4.6.5. Tercer momento: Externalizar el problema.

“La externalización del problema es un abordaje terapéutico que insta a las personas a codificar y, a veces, a personificar, los problemas que las oprimen. En este proceso el problema se convierte en una entidad separada, externa por tanto a la persona o a la relación a la que se atribuía” (White & Epston, 1993, p. 53).

Se trata de un proceso progresivo y continuo de co-elaboración de una nueva realidad que se va construyendo mediante la deconstrucción terapéutica del problema, distinguiendo sistemáticamente los atributos, las ideas, los supuestos, las creencias, los hábitos, las actitudes y los estilos de vida problemáticos de la identidad de la persona.

White (2005) propone tener presente lo que llamó **Mapa 1**, el cual incluye 4 categorías que constituyen conversaciones externalizadoras y contribuyen a:

1. *La negociación de una experiencia cercana, particular.*
2. *El mapeo de los efectos/influencias del problema en varios dominios de la vida de la persona* (casa, trabajo, relaciones familiares, relación con uno mismo, amistades, propósitos, esperanzas, sueños, aspiraciones y valores;

horizontes en la vida, posibilidades futuras). Es importante limitarse a las más significativas para la persona que nos consulta.

3. *La evaluación de los efectos/influencias del problema en estas áreas de la vida.* ¿Está bien esto para ti?, ¿Cómo te sientes acerca de esto?, ¿Cómo es esto para ti? ¿Cuál es tu posición al respecto? ¿Es un avance positivo o negativo para ti, es ambos o ninguno?
4. *La justificación de esta evaluación.* ¿Por qué para ti está/no está bien? ¿Cómo llegaste a esta posición? ¿Quisieras compartirme alguna historia de tu vida que me ayude a comprender por qué tomaste esta posición? ¿Por qué te sientes de esta manera acerca de esto? ¿Por qué está bien/mal esto para ti?

En respuesta a esta exploración las personas invariablemente ponen en palabras conclusiones acerca de sus vidas e identidades (propósitos preferidos, deseos, valores, creencias, esperanzas, sueños, compromisos, etc.), lo cual contradice muchas conclusiones negativas. Estas conclusiones valiosas abren posibilidades de acción para la persona en relación al problema y pone las bases para la identificación de relatos/ logros/ narraciones inesperadas. Ejemplo:

¿Podrías pensar en algunos eventos de tu vida que puedan reflejar estas conclusiones que...?

4.6.6. Cuarto momento: Buscar <<desenlaces inesperados>> o <<relatos, conocimientos o acontecimientos extraordinarios>> que contradicen la historia dominante saturada del problema.

Se invita a la persona a recordar ocasiones en las que ha logrado vencer al problema para luego analizarlas a detalle mediante cuestionamientos sobre los sentimientos, pensamientos y acciones, pasados y presentes, de la persona y/o de quienes la rodean, respecto a esos “logros aislados”. Son las escenas en que las personas han demostrado tenacidad, valor, habilidad o alguna cualidad de la que no son conscientes y que les parecen insignificantes en el marco del problema. La clave radica en que para que un hecho llegue a ser considerado de este modo, debe

ser calificado así por la persona y no por el terapeuta, que sea significativo para ella y no para él.

Para esta finalidad White (2005) desarrollo lo que él llamó **Mapa 2**. Comprende 4 categorías de exploración que generan un andamiaje que contribuye a la identificación de habilidades que dieron como resultado <<desenlaces inesperados>> o <<relatos, conocimientos o acontecimientos extraordinarios>>.

1. *La negociación de una definición de la experiencia cercana y particular de <<desenlaces inesperados>> o <<relatos, conocimientos o acontecimientos extraordinarios>>.*
2. *El mapeo de los efectos o efectos potenciales de los <<desenlaces inesperados>> o <<relatos, conocimientos o acontecimientos extraordinarios>> en varias áreas de la vida (casa, trabajo, relaciones familiares, relación con uno mismo, amistades, propósitos, sueños, valores, horizontes en la vida, posibilidades futuras, etc.).*
3. *La evaluación de los efectos o efectos potenciales de los <<desenlaces inesperados>> o <<relatos, conocimientos o acontecimientos extraordinarios>> en estas áreas de la vida. ¿Está bien esto para ti? ¿Cómo te sientes acerca de esto? ¿Cómo es esto para ti? ¿Cuál es tu posición al respecto? ¿Es un avance positivo o negativo para ti, es ambos o ninguno?*
4. *La justificación de esta evaluación. ¿Por qué para ti está/no está bien? ¿Cómo llegaste a esta posición? ¿Quisieras compartirme alguna historia de tu vida que me ayude a comprender por qué tomaste esta posición? ¿Por qué te sientes de esta manera acerca de esto? ¿Por qué está bien/mal esto para ti?*

Si bien los indicios de los <<desenlaces inesperados>> pueden apuntar a fortalezas opacadas o capacidades subestimadas también pueden consistir en el reconocimiento de alguna necesidad personal. Ejemplos:

¿En qué ocasiones o situaciones el problema no se presentó o fue menos grave? ¿Podría usted identificar qué ideas de su juventud le permitieron actuar tan atinadamente cuando su hermana mayor murió?, “me

pregunto cómo hizo usted para tener un record de asistencia completo en su empleo a pesar de lo sucedido”, o “¿cómo explicaría que aún con todo lo ocurrido, usted logró levantarse en las mañanas para desayunar con su hija y llevarla a la escuela/ afrontó los trámites legales del accidente/ mantuvo su solvencia financiera a pesar de la enfermedad terminal de su esposo?

No se trata de “señalar las cosas buenas”, ni que la persona señale “factores positivos”, sino que cuestione el relato dominante.

4.6.7. Quinto momento: Deconstrucción de los <<desenlaces inesperados>> o <<relatos, conocimientos o acontecimientos extraordinarios>>.

Por medio de preguntas invitar a la persona a explayarse sobre las circunstancias y la naturaleza de éstos, y a considerar cómo desentonan con la historia saturada. Se realiza una formulación detallada y focalizada para fortalecer la descripción alternativa, a través de preguntas integrales, centradas en sentimientos, pensamientos y conductas de la persona en el pasado, el presente y el futuro. La idea es que la persona considere una historia diferente, pero complementaria, sobre su competencia y los intentos exitosos por continuar con su vida.

Estos acontecimientos relatados pueden referirse al pasado (hechos que contradigan los efectos del problema en la vida de la persona), al presente (aquellos que se presentan en el transcurso de las sesiones) o al futuro (intenciones, esperanzas o planes que tiene la persona para huir de la influencia del problema). Es útil incluir una audiencia o testigos.

En el trabajo con parejas, Payne (2014) sugiere hacer lo siguiente:

- Facilitar una descripción completa de la experiencia de cada persona y cómo afecta su vida.
- Facilitar que la persona discuta su percepción de cómo el otro puede experimentar la situación o, si él ya lo hizo, que se discuta si esta versión concuerda o no con lo que la persona postulaba.

- Ayudar a cada persona a identificar elementos de su descripción o la de su pareja que le sorprendieron o le ayudaron a ver las cosas de forma distinta.
- Ayudar a la pareja a insertar esta nueva perspectiva o recuerdo en el contexto <<histórico>> o <<autobiográfico>> junto con elementos de la relación pasados, presentes y posiblemente futuros que contrasten y contrapesen el relato dominante.

Payne (2014) habla con cada persona durante unos 20 minutos mientras la otra escucha en silencio fuera del campo de visión. Cuando la segunda persona ha hablado le pide a la primera que haga un breve comentario para que se sienta atendida, pero en ningún momento discuten entre sí ni con el terapeuta. Sus sesiones se basan en intercambios uno a uno, mientras el otro escucha a fin de que cada uno formule su relato y escuche el del otro atentamente sin pensar en una réplica. La pareja se lleva la grabación de la sesión para escucharla en casa y evitar los efectos de la memoria selectiva. Payne evita hacer sugerencia alguna. Esta cadena de prácticas podría implementarse en el trabajo con familias. Ejemplo:

¿Cómo te sentías antes de este hecho (evento extraordinario)? ¿Cómo dirías que lo interpretaron tus hijos/ lo entendería tu padre si viviera?, ¿Qué hiciste/ decidiste/ sentiste/ pensaste para lograr tal cosa?, ¿puedes imaginar de qué manera este hecho (evento extraordinario) cambiará la idea que tenías sobre...? ¿Si tu madre estuviera aquí, que nos diría sobre este logro tuyo?

4.6.8. Sexto momento: Invitar a la persona a asumir una postura frente al problema.

La persona no está exenta de responsabilidad, pues ahora tiene alternativas de acción que asumirá como lecciones personales. Ejemplos:

¿Se siente usted lista para tomar una postura o decisión ahora o necesita más tiempo? ¿Con lo que ahora ha descubierto, cree que puede arriesgarse a buscar algunas soluciones al el problema? Si no, ¿cuándo dejará el problema de ser tan... para ustedes? ¿Cómo sabrá usted que eso ha ocurrido? Ahora que sabe que la aflicción por la muerte de su esposo no ha absorbido la totalidad de su vida, ¿hacia dónde le gustaría avanzar?

4.6.9. Séptimo momento: Narrar y re-narra.

Se anima a la persona a enriquecer y desarrollar sus relatos. Implica:

- Contarlos a varias personas además del terapeuta
- Escuchar las respuestas que reflejan el interés, el respeto y el deseo de comprender de esas personas.
- Volver a contar los relatos ante otras audiencias.
- Escuchar las nuevas respuestas.
- Seguir narrando y re-narrando, escuchando y volviendo a escuchar, y así sucesivamente.

4.7. Prácticas idóneas para asistir a familias en duelo: El club de la vida y la Metáfora de “decir de nuevo: ¡hola!”.

4.7.1. Prácticas de re-integración (re-membering): El club de la vida.

El término *re-membering* propuesto por White, puede entenderse más bien como “volver a hacer miembro a alguien” o “volver a incluir a alguien en un grupo”. Cuando una persona revisa las pertenencias a su club de vida tiene mayor poder de decisión acerca del estatus de determinados miembros de su club. Es la persona quien establece y otorga diversas clases de pertenencia honoraria, incluyendo la pertenencia vitalicia a cierto(s) miembro(s). Así, la persona opina y decide qué voces privilegiar cuando de su identidad se trata y respecto de quiénes están autorizados a hablar de dicha identidad.

Aquellos a quienes se honra y se eleva de estatus son quienes han proporcionado el contexto para la generación de saberes y habilidades para la vida preferidos por la persona. Este reconocimiento genera una descripción más rica de la propia vida, y permite la reactivación de membresías inactivas renovando así vínculos con algunas figuras significativas para la persona.

Procedimiento:

Esta práctica invita a la persona que consulta a pensar en su vida como un club, con sus socios y estatutos de inclusión, con cláusulas respecto al estatus societario de sus miembros, con la posibilidad de revocación o degradación, o bien de promoción y condecoración de sus miembros. Les alienta a reflexionar sobre el impacto que ciertas personas han tenido en su vida y a magnificar la voz de ciertos miembros preferidos, a descalificar y sancionar otras que atentan contra la identidad y bienestar del consultante, e incluso abre la posibilidad de que éste invite a participar en el ritual a otras personas que coadyuven a fortalecer sus logros en terapia y a re-escribir la historia que la llevó a consulta.

El uso de medios narrativos puede enriquecer esta práctica, la cual resulta provechosa en casos de duelo, cuando se requiere resignificar la importancia de la persona perdida y su permanencia en la vida de la persona o la familia. Asimismo, podría favorecer el cumplimiento de las tareas 3 y 4 propuestas por Worden, y facilitar el curso de la persona por las fases de desorganización y de organización propuesta por Bowlby.

4.7.2. Metáfora de “decir de nuevo: ¡hola!”

White (1994) propone emplear esta metáfora con personas que han perdido a un ser querido y también con personas que presenten el denominado duelo complicado. Su finalidad es crear un contexto para incorporar y reivindicar la relación perdida con el ser amado y muerto, en contraposición a los esfuerzos tendientes a olvidarla. Emplear esta metáfora puede favorecer las tareas 3 y 4 propuestas por Worden y facilitar la fase de anhelo y búsqueda dirigiendo el proceso hacia la fase de organización. El uso de medios narrativos con fines terapéuticos puede completar esta práctica.

Procedimiento:

Primero: Presentar la posibilidad de decir de nuevo “hola”:

El terapeuta puede iniciar la conversación del siguiente modo:

¿Decirle adiós a X, es una idea positiva?, ¿no sería mejor decirle “hola” de nuevo?

Posteriormente se pide a la persona su opinión respecto a explorar a profundidad esta idea: *¿Le gustaría explorar esta idea?*

Segundo: Abordar la experiencia de la experiencia:

Hacer preguntas de experiencia de experiencia, que induzcan a la persona a remontarse a sus experiencias vividas, localizando y reelaborando nociones alternativas previamente perdidas. Se hacen accesibles nuevas y enriquecedoras percepciones y validaciones de sí misma. Ejemplos:

Si estuviera usted viéndose a través de los ojos de su difunto esposo, ¿Qué rasgos de usted misma advertiría que son dignos de apreciar?

¿Qué veía su madre cuando lo miraba amorosamente? ¿Cómo sabía ella estas cosas sobre usted?

Tercero: Favorecer una selección de versiones alternativas:

Incitar a la persona a rever esa experiencia y a localizar esas otras versiones de sí misma. Ejemplos:

¿Qué partes de usted misma la hacen sentirse animada cuando mantiene vivas esas cosas suyas que tanto agradaban a su difunta madre?

¿Qué cambiaría si, durante unos días, mantuviera viva la opinión que su hijo tenía de usted?

Cuarto: Hacer circular el conocimiento de uno mismo:

Hacer uso de un público o audiencia que asista a las nuevas significaciones, a través de preguntas que identifiquen y reúnan a ese público que retroalimentará las nuevas versiones del yo. Ejemplos:

¿Cómo podría hacer saber a otras personas importantes para usted, que ha reclamado como propias algunas de estas cualidades que su esposo admiraba, y que a usted le gustan? ¿Quiénes de sus amistades habrían adivinado que usted lograría...? ¿Cómo pudieron saberlo?

Quinto: Tener conciencia de la producción de producciones:

Alentar a la persona a que reconozca el grado en que lo que saben de sí mismas determinará las decisiones que tomen acerca de lo que harán en la vida. Ejemplos:

¿Cómo cambiarían sus relaciones con... si tuviera presente este conocimiento en su vida diaria?

¿En qué se modificaría el modo que se ve a sí misma, si apreciara esos mismos rasgos que él valoraba tanto de usted? ¿Cuáles de sus características pueden despertar aquellas cosas gratas que su esposo conocía/apreció de usted?

¿Cómo podría influir esta manera de sentir, en los pasos que usted pudiera dar para retomar su vida tras la muerte de su padre?

¿Cómo podría usted reafirmar esta conciencia de que aquello que no había notado durante este tiempo, puede capacitarla para cambiar su vida? ¿Qué otro rasgo cree que pudiera notar y que es importante que usted reconozca?

4.8. Recomendaciones para el terapeuta.

Este apartado tiene la intención de invitar al terapeuta a observar y evaluar constantemente su práctica en dos aspectos relevantes: su posición en el proceso terapéutico y su ética.

4.8.1. Mantenerse en una posición narrativa/socioconstruccionista.

A fin de mantenernos en una posición narrativa/socioconstruccionista, resultan útiles las preguntas que Freedman y Combs (1996) han elaborado con esta finalidad. Se recomienda que el terapeuta responda a estas cuestiones de forma constante durante el proceso de terapia con la intención de mantenerse en esta posición.

- ❖ ¿Estoy preguntando acerca de descripciones de más de una realidad?
- ❖ ¿Estoy escuchando para comprender como la realidad experiencial de esta persona ha sido socialmente construida?

- ❖ ¿Cuál lenguaje está siendo privilegiado aquí? ¿Estoy tratando de aceptar y comprender la descripción lingüística de esta persona? Si estoy ofreciendo una distinción o tipificación en mi lenguaje, ¿por qué estoy haciéndolo? ¿Cuáles son los efectos de las múltiples distinciones lingüísticas que están apareciendo en la conversación terapéutica?
- ❖ ¿Cuáles son las historias que soportan el problema de esta persona? ¿Existen historias dominantes que están oprimiendo la vida de esta persona? ¿Qué historias marginadas estoy escuchando? ¿Hay indicios de historias marginadas que todavía no han sido habladas? ¿Cómo podría invitar a esta persona a comprometerse en una “insurrección de conocimientos” acerca de estas historia marginadas?
- ❖ ¿Estoy focalizando sobre los significados en lugar de en los “hechos”?
- ❖ ¿Estoy evaluando a esta persona, o estoy invitándola a evaluar un amplio rango de cosas (p. ej.: cómo marcha la terapia, distinciones preferidas en la vida)?
- ❖ ¿Estoy situando mis opiniones en mi experiencia personal? ¿Estoy siendo transparente acerca de mi contexto, mis valores y mis intenciones de tal modo que esta persona puede evaluar los efectos de mis prejuicios?
- ❖ ¿Estoy siendo atrapado en un pensamiento patologizante o normativo? ¿Estamos definiendo colaborativamente problemas basados sobre lo que es problemático en la experiencia personal de esta persona? ¿Estoy manteniéndome lejos de hipótesis “expertas” o teorías?

4.8.2. La ética en la práctica del terapeuta.

Freedman y Combs (1996) señalan que una práctica ética debe hacer espacio a las voces y las culturas marginadas a fin de escucharlas, comprenderlas y darles respuestas. Esta idea de ética considera, momento a momento, los efectos tanto locales como interpersonales de las posturas y prácticas del terapeuta.

Freedman y Combs (1996) presentan una serie de preguntas que guían el trabajo de White y Epston en este sentido. Estas directrices éticas son una invitación a que

el terapeuta examine sus prácticas y a sí mismo en términos de los valores y las relaciones que esas prácticas ofrecen. Además, dichas directrices cuestionan las voces dominantes en la relación terapéutica y los efectos de esas prácticas. Estas directrices están planteadas en términos de preguntas que el terapeuta debe responderse:

- ❖ ¿Cómo “ve” este modelo/teoría/práctica a las personas?
- ❖ ¿Cómo me obliga a conducirme con las personas que buscan mi ayuda?
- ❖ ¿Cómo presiona a las personas a conducirse conmigo que ofrezco mi ayuda?
- ❖ ¿Cómo tienen que tratarse/verse a sí mismas las personas?
- ❖ ¿Cómo está siendo re-descrita/redefinida la persona por ese modelo/teoría/práctica?
- ❖ ¿Invita a las personas a ver al terapeuta o a sí mismas como expertas(os) sobre sí mismos?
- ❖ ¿Divide o aísla a las personas, o les da una sensación de comunidad y colaboración?
- ❖ ¿Las preguntas realizadas se encaminan en direcciones generativas o normativas (p.ej.: proponen alternativas, o conservan prácticas sociales dominantes)?
- ❖ ¿El modelo requiere que la persona acepte el conocimiento “experto” del terapeuta o requiere que el terapeuta acepte el “mundo” del cliente?
- ❖ Como terapeuta, ¿cuál es mi definición de profesionalismo? ¿Tiene más que ver con la presentación del sí mismo del terapeuta ante sus colegas, o con la presentación del sí mismo del terapeuta ante las personas que buscan su asistencia?

En relación a la ética, en su práctica Freedman y Combs (1996) se basan también en el esquema propuesto por Karl Tomm.

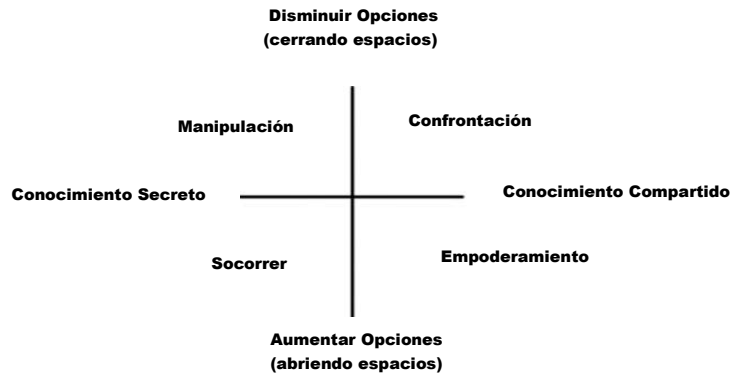


Diagrama del modelo de Karl Tomm (Freedman & Combs, 1996, p. 270)

El eje horizontal divide la manera en que el conocimiento es compartido en el proceso de cambio. La izquierda de este eje representa el cambio que está basado totalmente en el conocimiento profesional “secreto”; y el lado derecho representa el cambio que está basado en el conocimiento compartido, en donde las partes son informadas y colaboran en el proceso. El eje vertical representa la intención a través de la cual ocurre el cambio terapéutico, aumentar (base del eje) o disminuir (cima del eje) las opciones. Los cuatro cuadrantes así demarcados representan la “manipulación” (basada en el conocimiento secreto y opciones cerradas), la “confrontación” (basada en el conocimiento compartido con opciones limitadas), el “empoderamiento” (basado en el conocimiento compartido y múltiples opciones) y el “socorrer” (basado en el conocimiento profesional y opciones abiertas). Desde esta visión, todos los modelos terapéuticos corresponden a uno y cada uno dispone al terapeuta a diferentes clases de relación.

Tomm prefiere constituirse como un terapeuta que primeramente se involucra con el empoderamiento y secundariamente en socorrer. Para lograrlo hace tres cosas:

1.- Usando las definiciones de Maturana de violencia (cualquier imposición de uno sobre otro) y amor (abrir espacio para la existencia del otro), renombra como “violencia terapéutica” el final superior del eje vertical (cerrar espacio) y como “amor terapéutico” (abrir espacio) al final inferior de su esquema.

2.- Examina cómo ve él a las personas con quienes trabaja (personas con problemas, subyugadas u oprimidas), lo cual favorece elegir métodos de empoderamiento.

3.- Procura seguir cuatro lineamientos: a) atender al contexto y a las condiciones de los otros, escuchar cuidadosamente, y compartir descripciones en lugar de mantenerlas privadas; b) escuchar la escucha de los otros y asumir que uno está asumiendo; c) identificar inconsistencias entre el intento y el efecto, así como privilegiar las dinámicas emocionales buscando una consistencia intuitiva; y d) privilegiar la experiencia en lugar de las explicaciones y estar abierto a verse a sí mismo a través de los ojos de la otra persona.

Otra práctica ética propuesta por Freedman y Combs (1996) se llama “situándonos a nosotros mismos” (*situating ourselves*). Se trata de identificar clara y públicamente aquellos aspectos de nuestra experiencia, imaginación e intenciones que creemos guían nuestro trabajo.

Para evaluar nuestras prácticas clínicas es relevante cuestionarnos quién es el narrador privilegiado:

- ❖ ¿Este modelo/teoría/práctica invita a la persona a verse como experta acerca de sí misma, o a ver al terapeuta como experto?
- ❖ ¿Exige a la persona entrar al “conocimiento experto” del terapeuta o exige al terapeuta entra en el “mundo” de la persona?

Realizar prácticas responsables significa tener presente que, en el contexto de terapia el terapeuta tiene una posición privilegiada, particularmente cuando trabajamos con persona de culturas marginadas. Por ello, es preciso reconocer que como miembros de una cultura dominante, participamos de esa dominación cultural. Fácilmente podemos perder de vista la naturaleza de la construcción de la realidad y asumir que nuestras realidades son compartidas por nuestros clientes, con el riesgo de que estas suposiciones cierren el espacio a la posibilidad de otras realidades contribuyendo a la dominación y la opresión de los demás. Incluso,

podríamos estar dando forma a la relación terapéutica en términos de nuestra propia cultura y descartar otras posibles formas culturales. Generalmente, no somos conscientes de esto pero, como Freedman y Combs (1996), podemos:

- Someter a escrutinio nuestro trabajo, haciendo evidentes esos supuestos y dejando de imponerlos a los otros.
- Plantear intencionalmente la cuestión de los falsos supuestos con todos nuestros consultantes, haciéndoles saber que tomamos la responsabilidad por cualquier malentendido que suceda. Cuando estos ocurren, podemos examinar los falsos supuestos con la presunción de que reflejan nuestros privilegios.
- Construir estructuras y prácticas de rendición de cuentas o responsables.
- Apreciar, utilizar, y hacer circular el poderoso conocimiento ganado por las personas que nos consultan y propiciar la creación de comunidades en las que esta sabiduría es tan importante como la sabiduría del terapeuta.
- Reconocer los efectos de la relación sobre el terapeuta. Las voces, el sufrimiento y la sabiduría de las personas consultantes penetran profundamente en nuestras vidas. En terapia narrativa esta es una práctica ética y congruente, por lo que es importante compartir con ellas el significado que tienen en nuestra vida y las maneras en que nos enriquecen como personas y terapeutas.

Discusión y conclusiones.

El dolor y las exigencias que la pérdida de un ser querido origina e impone al doliente y la familia son de tal intensidad que la asistencia a las familias en duelo se considera relevante. Favorecer el curso natural del duelo y sus procesos o, de ser necesario, atender las posibles complicaciones documentadas en la literatura, son tareas prioritarias para el psicólogo que tenga como finalidad abonar al bienestar del ser humano y su felicidad.

La revisión realizada sobre el estado del arte y la experiencia profesional de la autora, dan pie a considerar imprescindible que el terapeuta: a) conozca ampliamente las teorías sobre el duelo, los procesos del duelo, las familias y los posibles impactos que la muerte de un ser querido tiene en ellas; y b) haya sido formado académicamente como psicoterapeuta, a fin de facilitar dichos procesos o, en su caso, prevenir o asistir posibles complicaciones.

Quienes hemos tenido la oportunidad de servir a familias en esta circunstancia podemos constatar la gran exigencia profesional que se plantea al clínico. Es fácil perderse en la vasta información proporcionada por los consultantes, entre las emociones y sentimientos que la familia experimenta, y entre aquellos que con sus relatos provocan en nosotros. Por ello, contar con una guía que oriente al terapeuta en el proceso de terapia con familias en duelo parece útil.

Es frecuente que quienes trabajamos como terapeutas lo hagamos solos, sin un equipo que apoye, oriente y en caso necesario reencause nuestra participación en cada sesión y a lo largo de todo el proceso. Esta guía puede tener estas funciones si el terapeuta la tiene a mano y la emplea a modo de mapa o brújula, como una voz más que exprese posibilidades de acción. Este es el sentido propositivo de esta tesis.

Esta guía no se basa en un modelo único, sino que pretende que el psicólogo tenga presente información y sugerencias de diversas perspectivas al intervenir desde la Terapia Narrativa y la Postura Colaborativa, con la intención de que cuente con un

cuerpo de conocimientos amplio y respetuoso para los consultantes y de acrecentar la comprensión que tanto la familia como el terapeuta tienen de la circunstancia dolorosa que enfrentan.

El sustento teórico de esta propuesta fue definido con base en la experiencia profesional de la autora. La teoría del interaccionismo simbólico resulta conveniente para entender el impacto que la muerte provoca tanto en la identidad familiar y su sentido de unión, así como de la situación de pérdida. Por su parte, la teoría del desarrollo familiar, permite al terapeuta tener una idea aproximada de las posibles etapas que la familia y sus miembros cursan al momento de morir un ser querido, posibilitándole algunas ideas sobre los efectos y retos que la muerte trajo consigo, ampliando su comprensión respecto a la vivencia familiar. Particularmente, la teoría de los sistemas familiares permite al terapeuta entender la serie de ajustes que la familia enfrenta, comprender su estructura, los patrones de relación y comunicación entre sus miembros y entre la familia y el exterior, así como su adaptabilidad al cambio, mediante una mirada contextual, sociocultural, histórica y política. Por último, la ecología del desarrollo humano permite al terapeuta, comprender la relación que la familia tiene con su entorno al momento de la pérdida, explorar la red de apoyo y recursos con que ésta cuenta para enfrentar el duelo y asegurar en lo posible una buena calidad de vida. Esta visión ecológica es indispensable para el favorecimiento de la resiliencia familiar tras la muerte de uno de sus miembros.

En lo concerniente al duelo y sus procesos, esta guía invita al terapeuta a considerar la teoría del apego como una herramienta útil en la comprensión del duelo en niños y adultos, y en general, como posible explicación de las expresiones individuales de pena y aflicción de los dolientes. Su concepción del duelo como fases o etapas, permite al clínico ubicarse en el proceso de duelo que cada miembro de la familia experimenta y comprender sus manifestaciones. Desde la perspectiva de la autora, esta concepción del duelo va ubicando al terapeuta en un plano temporal, longitudinal, con lo que puede lograrse una idea general del proceso psicológico y emocional que vive la persona, favoreciéndose así un acompañamiento adecuado. Por otra parte, la conceptualización del duelo como cumplimiento de tareas

psicológicas y psicosociales propuesta por Worden, orienta al terapeuta de forma práctica respecto a los retos que la persona y la familia pueden estar enfrentando, permitiendo al clínico desarrollar opciones de acción conjuntamente con la familia.

Partiendo de que el contenido del presente trabajo es una selección de material teórico realizada por la autora, es inevitable que éste esté reducido a su criterio y juicio personales. Muy probablemente el lector considerará que debió incluirse alguna otra información para ampliar sus alcances. La cantidad de información publicada sobre los temas relacionados con el presente trabajo es tan amplia, y por lo mismo imposible de abarcar e incorporar, que, seguramente, para cuando el lector revise este documento, nueva información podrá ser incluida o adaptada y algunas ideas expuestas habrán sido ya repensadas y replanteadas.

Es necesario apuntar que esta propuesta parte del supuesto de que el psicólogo cuenta con firmes conocimientos de los temas básicos en ella involucrados (familias, duelo, procesos del duelo) así como sobre teoría y técnica en psicoterapia. Particularmente, es requisito que haya desarrollado ya ciertas habilidades y competencias insustituibles en psicoterapia, aunadas a cierta experiencia profesional.

Su aplicación, demanda que el terapeuta tenga cierta formación en terapias posmodernas, ya que su característica epistemología y peculiar estilo terapéutico determinan su éxito. De lo contrario, su utilidad puede reducirse a la puesta en marcha de prácticas carentes de sentido, congruencia y coherencia, y sobre todo de eficiencia, en tanto estarían faltas del sustento filosófico y epistemológico adecuado. Es decir, la guía trasciende los principios y técnicas básicas de la psicoterapia para proponer una serie de prácticas propiamente narrativas y colaborativas consideradas útiles en la atención de familias en duelo.

Desde el punto de vista de la autora, la Terapia Narrativa y la Postura Colaborativa encaminan al terapeuta hacia una práctica más solidaria, empática, humana, sensible, respetuosa y responsable además de políticamente consciente. Al

fomentar el establecimiento de relaciones horizontales entre el terapeuta y el consultante, construyen un ambiente liberador y resiliente para ambos, además de constructivo y de mutua colaboración. Cuando se atiende a familias en duelo, el clima afectivo y emocional es tan intenso que se requiere de espacios con las características antes mencionadas para su revisión y resolución.

Una parte sustancial de esta propuesta es su énfasis en la postura que asume el terapeuta y la ética en su práctica. Las recomendaciones hechas al respecto tienen la intención de mantener la atención del terapeuta en ambas, ya que en opinión de la autora éstas han sido poco enfatizadas, si no es que omitidas, en la formación de psicólogos clínicos y terapeutas. Es importante promover el sentido de responsabilidad del terapeuta sobre los efectos que su práctica profesional implican, tanto para los consultantes como para sí mismo.

Dado que esta guía es una propuesta hipotética, una limitación evidente es el hecho de no haber probado su efectividad evaluando los resultados que con su uso se obtienen. Si bien la literatura nos orienta a suponer que su aplicación es adecuada y pertinente, esto solamente se constatará cuando varios terapeutas la empleen y refieran sus opiniones, observaciones y experiencias acerca de su conveniencia en la atención de familias en duelo, y se analicen dichos datos con la metodología pertinente. Esta evaluación deberá incluir también la voz de las familias a quienes se asista con base en esta guía. Desde luego, puede anticiparse el uso de la metodología cualitativa para dicha finalidad.

En futuros trabajos, esta propuesta de intervención debe ser ampliada en lo que a la atención de niños en duelo respecta. Si bien la Terapia Narrativa ha empleado exitosamente sus prácticas con niños, se considera necesario y conveniente, sugerir algunos lineamientos y ejemplos para su realización.

Si bien esta tesis y su propuesta de intervención versan sobre la muerte de un ser querido, su uso podría extenderse a aquellos casos en que se ha perdido a un ser amado por secuestro, desaparición, e incluso en el ámbito escolar ante la muerte

de un compañero de clase o de un profesor. Para ello, deberán hacerse las adaptaciones pertinentes con base en la literatura apropiada. La adecuación de la guía puede ser tan amplia como la creatividad del terapeuta lo permita, siempre y cuando se cuente con un marco teórico específico para cada tema.

Referencias.

- Anderson, H. & Goolishian, H. (1992). *El experto es el cliente: La ignorancia como enfoque terapéutico*. En McNamee, S. & Gergen, K.J. (1996), *La terapia como construcción social*. (pp. 45-59). Barcelona: Paidós.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language and possibilities. A Postmodern Approach to Therapy*. Nueva York. Basic Books.
- Barker, P. & Chang, J. (2013). *Basic Family Therapy* (6a. ed.). Reino Unido: Wiley-Blackwell.
- Boszormenyi-Nagy, I. & Sparks, G. (1994). *Lealtades invisibles*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bowen M., (1978). *Family Reaction to Death*. En *Family Therapy in Clinical Practice* New York: Aronson.
- Bowlby, J. (1980/ 1997). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós.
- Brown, J. (2012). *Bowen Family Systems and Grief. Thinking about variation in the grief response and recovery*. En "Loss and recovery: responding to grief with the compassion of Christ and the skills of Gods people". Ed. Wesley M., Mosaic Press. www.thefsi.com.au/wp-content/uploads/2014/01/Bowen-Family-Systems-and-Grief_Jenny-Brown.pdf
- Castro, M. (2008). *Tanatología. La familia ante la enfermedad y la muerte*. México: Trillas.
- Centeno, C. (2013). *Gestión del duelo y las pérdidas... Aprendiendo a convivir con lo ausente*. España: Formación Alcalá.
- Combs, G. & Freedman, J. (2012). *Narrative, Poststructuralism, and Social Justice: Current Practices in Narrative Therapy*. *The Counseling Psychologist*. 1033-1060 DOI: 1077/0011000012460662.
- Dallos, R. & Draper, R. (2000). *An introduction of Family Therapy*. Buckingham: Open University Press.
- Delage, M. (2008). *La resiliencia familiar. El nicho familiar y la superación de las heridas*. Barcelona: Gedisa.
- Epston, D., White, M. & Murray, K. (1992). *Una propuesta para re-escribir la terapia. Rose: la revisión de su vida y un comentario*. En McNamee, S. & Gergen, K.J. (1996), *La terapia como construcción social* (pp. 121-141). Barcelona: Paidós.
- Espinosa, M. (2009). *Panorama de las relaciones familiares en la época actual*. En Murueta, E. & Osorio, M. *Psicología de la familia en países latinos del siglo*

- XXI. pp. 43-60. Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, A.C. México: Amapasi Editorial.
- Estrada, L. (2009). *El ciclo vital de la familia*. México: Debolsillo.
- Fonnegra, I. (2001). *De cara a la muerte. Cómo confrontar las penas, el dolor y la muerte para vivir plenamente*. México: Editorial Andrés Bello.
- Fonnegra, I. (2006). *Morir bien*. Bogotá: Planeta.
- Freedman, J. & Combs, G. (1996). *Narrative therapy. The social construction of preferred realities*. Nueva York, W.W. Norton.
- Freedman, J. (2014). *Witnessing and Positioning: Structuring Narrative Therapy with Families and Couples*. Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 35, pp. 20-30. DOI: 10.1002/anzf.1043.
- Garciandía, J. (2013). *Familia, suicidio y duelo*. Revista colombiana de Psiquiatría, 43 (51), 71-79.
- Gergen, K. (1992). *El yo saturado*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. & Gergen, M. (2011). *Reflexiones sobre la construcción social*. Madrid: Paidós.
- Gergen, K. (2006/2011). *Construir la realidad. El futuro de la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Gerlein, C. (2006). *El grupo familiar ante la muerte*. En Fonnegra, I. (Ed.). *Morir bien*. Bogotá: Planeta.
- Goldbeter-Merinfeld, E. (2003). *El duelo imposible. Las familias y la presencia de los ausentes*. Barcelona: Herder.
- Goldenberg, H. & Goldenberg, I. (2013). *Family Therapy. An Overview*. California: BrooksCole, Cengage Learning.
- Gracia, E. & Musitu, G. (2000). *Psicología social de la familia*. Barcelona: Paidós.
- Graham, J. & Barnow, Z (2013). *Stress and Social Support in Gay, Lesbian, and Heterosexual Couples: Direct effects and Buffering Models*. Journal of Family Psychology, 4 (27), 569-578.
- Ibañez, T. (1990). *Aproximaciones a la Psicología Social*. Barcelona: Sendai.
- Kübler-Ross, E. (1969/2006). *Sobre la muerte y los moribundos. Alivio al sufrimiento psicológico para los afectados*. México: De Bolsillo.
- Kübler-Ross, E. (1985). *Una luz que se apaga*. México: Editorial Pax.
- Lax, W.D. (1996). *El pensamiento posmoderno en la práctica clínica*. En McNamee, S. & Gergen, K.J. *La terapia como construcción social* (pp. 93-110). Barcelona: Paidós.

- Limón, G. (2005 a) *El giro interpretativo en Psicoterapia. Terapia narrativa y construccionismo social*. Editorial Pax México.
- Limón, G. (2005 b). *Terapias posmodernas. Aportaciones construccionistas*. México: Pax México.
- Minuchin S. & Fishman, H. (1996). *Técnicas de Terapia Familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Minuchin, S. (1974/1990). *Familias y Terapia Familiar*. México: Gedisa.
- Nomen, L. (2009). *El duelo y la muerte. El tratamiento de la pérdida*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- O'Connor, N. (2009). *Déjalos ir con amor. La aceptación del duelo*. México: Trillas.
- O'Hanlon, W. (1992). *La historia llega a ser su historia: Una terapia en elaboración y orientada hacia la solución de los efectos secundarios del abuso sexual*. En McNamee, S. & Gergen, K.J. (1996), *La terapia como construcción social* (pp. 165-178). Barcelona: Paidós.
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa. Una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.
- Pereira, R. & Vannotti, M. (2011). Caso clínico. Un caso de duelo familiar. WORLD PUMPS. Abril. DOI: 10.1016/S1134-2072(11)70082-2.
- Robles, A. (2003). *Formas y expresiones de la familia*. En Eguiluz, L. (Comp.). *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*. pp. 19-33. México, Pax México.
- Stierlin, H. (1997). *El individuo en el Sistema*. Barcelona: Herder.
- Tarragona, M. (2006). *Las Terapias Posmodernas: una breve introducción a la Terapia Colaborativa, La terapia Narrativa y la Terapia Centrada en Soluciones*. *Psicología Conductual*, 3 (14), pp. 511-532.
- Tarragona, M. (2013). *Psicología Positiva y Terapias constructivas: Una propuesta integradora*. *Terapia Psicológica*, 9 (31), 115-125.
- Tizón, J. (2004). *Pérdida, Pena, Duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Paidós.
- Tomm, K. (1992). *Distinciones terapéuticas en una terapia en curso*. En McNamee, S. & Gergen, K.J. (1996), *La terapia como construcción social* (pp. 145-163). Barcelona: Paidós.
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar. Estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrourtu.
- White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2005). *Workshop Notes*. Recuperado de <http://dulwichcentre.com.au/articles-about-narrative-therapy/>
- Worden, W. (2004) (2ª. Ed). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

Lectura recomendada.

- Dolan, Y. (1991). *Resolving sexual abuse*. Nueva York: Norton.
- Lazare, A. (1979). *Unresolved grief*. En *Outpatient psychiatry: Diagnosis and treatment*. Baltimore, Williams and Williams, pp. 498-512.