

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

PROCESOS DE DUELO EN PSICOTERAPIA

Epoca II, Volumen XIII - 1er. trimestre 2002



49



REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYON COBOS, MAR GÓMEZ, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMON ROSAL CORTES.

Comité de Redacción: MAR GOMEZ MASANA, NEUS LÓPEZ CALATAYUD, SILVIA CASTILLO CUESTA, MARK-DANA MUSE, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M^a JOSE PUBILL GONZALEZ, M^a ROSA TORRAS CHERTA.

Secretaria de Redacción: EMPAR TORRES AIXALÀ

Consejo Editorial: ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, LLUIS BOTELLA GARCÍA DEL CID, ISABEL CARO GABALDA, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGIONNIS, IGNACIO PRECIADO, JAUME SEBASTIÁN, SANDRA SASSAROLI, ANTONIO SEMERARI, VALERIA UGAZIO.

Coordinación Editorial: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID.

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen XIII - Nº 49 - 1er. trimestre 2002

Esta revista tuvo una época 1^a, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, veinticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Autoedición: Gabinete Velasco Tel.: 934 340 550 BARCELONA

Impresión: OFFSET INFANTA, S.L.

Josep Taradellas, 101 - 08029 Barcelona - Tel.: 934 302 309

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 12 euros (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
DUELO Y SIGNIFICADO	5
Robert A. Neimeyer, Holly G. Prigerson y Betty Davies	
“NO LO ENTIENDO”: LA BÚSQUEDA DE SENTIDO EMOCIONAL Y COHERENCIA PERSONAL ANTE UNA PÉRDIDA TRAUMÁTICA DURANTE LA INFANCIA.	25
Lynne Angus	
LA RECONSTRUCCIÓN DIALÓGICA EN UN CASO DE DUELO: MECANISMOS PRAGMÁTICO-RETÓRICOS EN PSICOTERAPIA	47
Olga Herrero y Lluís Botella	
LA EXPERIENCIA TRANSFORMADORA DE LA TERAPIA NARRATIVA DE DUELO.	77
Inmaculada Ochoa de Alda Ochoa de Eguileor	
INTERVENCIONES SOBRE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL DUELO EN SITUACIONES DE CATÁSTROFE, GUERRA O VIOLENCIA POLÍTICA	95
Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega	
PSICOTERAPIA CON CLIENTES TRAUMATIZADOS Y EN DUELO: UN MARCO CONSTRUCTIVISTA PARA EL AMOR Y LA CURACIÓN.	123
Kenneth W. Sewell	
RUPTURA VINCULAR Y DUELO	133
Carles Pérez Testor, Josep Castillo Garayoa y Montserrat Davins	

EDITORIAL

En este monográfico abordamos el tema del duelo y posibles intervenciones terapéuticas en el mismo. Para la realización de dicho número y coherentemente con el espíritu integrador de la Revista de Psicoterapia, hemos contado con la colaboración de terapeutas del ámbito nacional e internacional que aportan sus enfoques hacia el tema del duelo en la psicoterapia desde diversas perspectivas. Del mismo modo, algunos de los artículos se centran en aspectos teóricos del duelo y el trabajo con algún caso clínico en particular mientras que otros están más enfocados al trabajo terapéutico de intervención en situaciones de crisis tales como las múltiples pérdidas en situaciones como catástrofes o guerras.

Abre la monografía un trabajo conjunto de Robert Neimeyer, Holly Prigerson y Betty Davies en el que se describe el duelo como una experiencia humana, a la vez natural y construida. De este modo, se abordan los procesos de duelo desde un punto de vista sociológico, psicológico y psiquiátrico. Desde esta última perspectiva, describen los criterios que definen al duelo complicado o patológico a diferencia del duelo normal mediado por el significado que tiene la pérdida para la persona que la elabora.

El artículo desarrollado por Lynne Angus y Beverley Bouffard, expone el trabajo con pérdidas traumáticas en la infancia a partir de la presentación de un caso particular. Su desarrollo se basa en el Modelo de Procesos Narrativo cuya premisa fundamental es la idea de que los seres humanos negociamos nuestro sentido de quienes somos a partir del contacto y las experiencias que tenemos con los demás. Tal y como exponen estas autoras, una experiencia traumática en la infancia desconecta el sentido de identidad del niño o niña previo al suceso de tal experiencia y el de la persona que emerge tras dicha pérdida, aspectos que este artículo recoge y analiza detalladamente.

Olga Herrero y Luis Botella presentan el análisis de un caso clínico, cuya finalidad terapéutica es la reconstrucción dialógica de un proceso de duelo motivado por una pérdida traumática en la infancia de la cliente. Desde una posición constructivista relacional, estos autores llevan a cabo un análisis pragmático-retórico de diversas sesiones de psicoterapia para ilustrar cómo la terapeuta del caso contribuye al cambio de la cliente con sus intervenciones. La terapia ayuda a la cliente a cambiar de posición respecto a sus problemas y a sentirse de nuevo como alguien que controla su vida en lugar de ser controlada por sus problemas.

La perspectiva adoptada por Immaculada Ochoa considera los procesos de duelo tanto desde la perspectiva individual de quien experimenta la pérdida de un ser querido como desde la perspectiva familiar y social atendiendo al hecho de que las personas no sufren las pérdidas aisladas de su entorno social y familiar

sino en relación con los mismos. A partir de esta descripción, esta autora presenta una visión de la terapia en casos de duelo basada en la idea de la deconstrucción del modelo social sobre el afrontamiento de la pérdida y la construcción de modalidades flexibles de afrontamiento, los rituales terapéuticos y la narrativa y su relación con la identidad y los procesos de revinculación. Una vez hechas estas explicaciones, nos presenta un caso clínico que ilustra la importancia de la utilización de los rituales en los procesos terapéuticos.

Una situación muy particular es la que abordan Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez relativa a acontecimientos tales como catástrofes, guerras o violencia desorganizada, las cuales colocan a “personas normales” en “situaciones anormales”. El objetivo de las intervenciones psicosociales en estos casos es el de ayudar a las personas a enfrentar estas experiencias y, particularmente, los procesos de duelo tan presentes en la mayoría de casos, dado que estas personas experimentan múltiples pérdidas. Estos autores describen, por tanto, los procesos de duelo que suceden en situaciones de catástrofe así como algunas posibles intervenciones en las mismas.

Por otro lado, Kenneth W. Sewell expone en su artículo la idea de que las personas que han sufrido la experiencia traumática de perder a un ser querido necesitan ser amadas *en* su experiencia de trauma, también en psicoterapia. Según este autor, el cliente debe sentir que el terapeuta acepta y contiene el nivel de dolor con el que el cliente acude a terapia a la vez que le ayuda a expresarlo, a evocar la historia del trauma y a reconstruirla en un trabajo de co-construcción con el terapeuta. En este trabajo, el cliente lleva a cabo una revisión autobiográfica y comparte con el terapeuta su historia de vida así como la disrupción de la misma a partir de la experiencia de pérdida. Este conocimiento que el terapeuta crea de su cliente es una forma de proximidad con el mimo y, según este autor, es también una forma de amor hacia él.

Finalmente Carlos Pérez, Josep Castillo y Montserrat Davins examinan por su parte la noción de ruptura vincular y su relación con los procesos de duelo. Basándose en una perspectiva psicoanalítica, estos autores entienden por ruptura vincular las rupturas conyugales que dan lugar a procesos de duelo. A partir de aquí, en este artículo, se presentan formas de organizar un proceso de duelo normal y formas patológicas del mismo en situaciones de divorcio o separación así como el impacto de dichas situaciones tanto en la pareja como en los hijos.

DUELO Y SIGNIFICADO

Robert A. Neimeyer

Department of Psychology, University of Memphis, USA

Holly G. Prigerson

Department of Psychiatry, Yale University, USA

Betty Davies

Department of Family Health Care Nursing, University of California, San Francisco, USA

Viewed in an expanded frame, the phenomena of grief and bereavement call for analysis in sociological, psychological, and psychiatric terms. In this article we argue that a common theme in this accounts is that of the meaning of loss, as expresses in both individual and collective attempts at adaptation.

Key words: grief, bereavement, constructivist psychotherapy, social context, meaning reconstruction.

INTRODUCCIÓN¹

El duelo, como experiencia humana, es en parte natural y en parte construido. Por un lado, las características centrales de nuestra respuesta a la pérdida reflejan nuestra herencia evolucionista como seres biológicos y sociales, derivada de la interrupción de los lazos de apego necesarios para nuestra supervivencia. Por el otro, los seres humanos responden a la pérdida de un ser querido tanto en el nivel simbólico como biológico, atribuyendo significados a los síntomas de separación que experimentan, así como a los cambios de la identidad personal y colectiva que acompañan la muerte de un miembro de la familia o de una comunidad más amplia.

En este artículo nos detendremos en estos niveles distintos de respuesta a la pérdida, situando el duelo *sociológicamente* en unos marcos de referencia culturales y comunales englobadores, *psicológicamente* como una respuesta a la interrupción de las relaciones y supuestos personales que sostiene el sentido del self, y *psiquiátricamente* como un proceso cuyas complicaciones pueden provocar un empeoramiento de la salud tanto física como mental que requieren intervención. Uno de los hilos conductores de este análisis es que los seres humanos buscan el

significado en el duelo, y lo hacen intentando construir una explicación coherente de la pérdida de su ser querido que preserve un sentido de continuidad con quien ha sido, al mismo tiempo que integra la realidad de un mundo que ha cambiado en su concepción de quienes deben ser ahora. Desde nuestros diferentes puntos de vista como epidemiólogo psiquiátrico, asistente social hospitalaria y psicólogo clínico con formación constructivista y construccionista social, esperamos que esta perspectiva plural del duelo muestre la pérdida como una experiencia humana básica y con múltiples facetas. También esperamos sugerir que el fenómeno del significado del duelo estimula la investigación interdisciplinar, y conlleva ricas implicaciones para los seres sociales que intentamos comprender desde nuestros diferentes puntos de vista disciplinarios.

HACIA UNA SOCIOLOGÍA DEL DUELO

Las culturas occidentales contemporáneas están dominadas por lo que se podría determinar como una comprensión existencialista del duelo, la idea de que el duelo representa una respuesta “natural” a las pérdidas profundas, caracterizada por síntomas, estadios o intentos presumiblemente universales (Neimeyer, 2002). Esta perspectiva sitúa, además, el dolor *dentro* de las personas, ya que existe un fuerte énfasis cultural en el individualismo y una tendencia a atribuir la ansiedad humana a los estados interiores o a las características de las personas afectadas, más que a sistemas y estructuras sociales más amplias (Foucault, 1970). Esta tendencia a “psicologizar” el duelo se hace particularmente evidente en la cultura americana de finales de siglo, incitada tanto por los avances genuinos en la investigación médica y psicológica, como por un clima optimista que prescribe el *counseling* o la psicoterapia como la respuesta adecuada a un amplio abanico de problemas.

A pesar de los beneficios humanitarios y científicos de los enfoques psicológicos (efectivamente, muchos de estos formarán parte de nuestra discusión posterior), el fenómeno de la muerte y el duelo también necesita un análisis desde unas perspectivas disciplinarias más amplias. Los antropólogos, por ejemplo, durante mucho tiempo se mostraron intrigados por la forma en que diferentes culturas han construido creencias y prácticas únicas mediante las cuales otorgan un significado a la mortalidad y a su rol en la vida humana (Campbell, 1988). Efectivamente, el intento (pre)histórico de formular teorías mitológicas, cosmológicas sagradas y seculares sobre la vida y la muerte define en un sentido la cultura, entendida como una respuesta distintiva del grupo a las eternas cuestiones “¿*Quiénes somos?* ¿*De dónde venimos?* y ¿*A dónde vamos?*”. Desde este punto de vista englobador, la muerte se convierte no solamente en un hecho meramente biológico al cual sucumbimos, sino también en un catalizador para la construcción de marcos culturales evolutivos de significado que unen miembros de sistemas a través de las generaciones. Sociólogos como Durkheim (1912/1965), que estudiaron los procesos que mantienen unidas las sociedades, sugieren una perspectiva complementaria

sobre la muerte y la vida. Desde su punto de vista, las amenazas a la cohesión de la sociedad requieren esfuerzos para reparar el tejido social a través de los procesos de integración y regulación. La pérdida de miembros de una sociedad a través de la muerte es una de estas amenazas, lo cual promueve la implantación de mecanismos institucionalizados con el fin de integrar de alguna forma los muertos en el sistema social actual, y regular también los sentimientos de los que los lloran. Del mismo modo, los sociólogos contemporáneos como Walker (1999) estudian las formas características con las que los miembros de una cultura determinada “viven con los muertos,” preservando un sentido de continuidad y de ancestralidad, y “regulan el duelo,” mediante el establecimiento de normas para los sentimientos y comportamientos de los supervivientes. Esta perspectiva amplia de la pérdida y del duelo pone de manifiesto varios rasgos de los “sistemas de duelo”, cada uno de los cuales tiene aspectos públicos y privados. Estos rasgos incluyen los *rituales*, *culturas locales*, y *discursos* que forman el significado de la muerte en las comunidades humanas.

Rituales. Los rituales culturales, tanto en la forma de un funeral católico, como un *sivah* judío, o como un servicio memorial laico, favorecen los objetivos integradores y los reguladores mediante la provisión de una estructura para el caos emocional del duelo, confiriendo un orden simbólico a los hechos, y facilitando la construcción de significados compartidos entre los miembros de la familia, comunidad o incluso nación. Desde los ritos institucionales formales de transición a las prácticas más espontáneas que se dan en las familias (por ejemplo, recepción de visitas, transmitir un recuerdo alegre del difunto a un niño), las prácticas rituales deben incluir tres dimensiones básicas para satisfacer las necesidades de los que han perdido a un ser querido y del sistema social ampliado (Romanoff & Terencio, 1998). Éstas incluyen (a) la *transformación* del sentido del self del que está de duelo, permitiéndole pensar en y reconstruir su apego con el muerto, (b) la *transición* a un nuevo *status* social tanto para el muerto (por ejemplo, de ser un participante vivo en la comunidad a ser alguien presente en espíritu) como para el que ha perdido al ser querido (por ejemplo, de esposa a viuda), y (c) la *conexión* con lo que se ha perdido, a través de ocasiones elaboradas tales como el *Yizkor* judío o incluso las conversaciones más informales sobre la persona que ha muerto. Al combinarse, estas dimensiones de los rituales de duelo afirman los lazos compartidos, a la vez que reconocen los *status* cambiados de los que se han visto afectados más íntimamente por la pérdida².

Culturas locales. Los científicos conductuales están interesándose cada vez más por una segunda característica de los sistemas de duelo, concretamente el rol de las culturas locales en la configuración de las experiencias de duelo de sus miembros. Al nivel más público, se aprecia cada vez más la diversidad de respuestas a la muerte y el duelo por parte de los miembros de grupos culturales y subculturales diferentes (Irish, Lundquist y Nelsen, 1993). Por citar sólo un ejemplo, la investi-

gación centrada en grupos sugiere que existe una variación considerable entre las diferentes comunidades asiático-americanas en las filosofías tradicionales de la muerte, las preferencias al final de la vida y las prácticas de duelo, que desafían cualquier generalización sobre este grupo demográfico heterogéneo (Braun & Nichols, 1997). Los chinos americanos, por ejemplo, acostumbran a vestirse de blanco en los funerales, celebran servicios memoriales para los difuntos cada 7 días durante 49 días, y honran los antepasados en el festival anual *Ching Ming*. Por el contrario, los Filipino-Americanos se visten de negro por la muerte de un adulto, y organizan una novena católica de nueve días seguidos, al término de la cual se celebra un *atang* para que los difuntos puedan volver y despedirse. Incluso los miembros de las mayorías demográficas desarrollan culturas locales que forjan significados únicos de sus pérdidas compartidas. Klass (1999) ofrece un ejemplo con su investigación etnometodológica sobre la cultura de los grupos de apoyo a los padres que han perdido un hijo, que ayudan a consolidar los lazos de los padres con la “representación interior” de la pérdida de su hijo a través de prácticas memoriales creativas pero no normativas (por ejemplo, mostrar fotos en conferencias, dejar volar mariposas en una salida al campo). Desde este punto de vista, las variaciones culturales de las prácticas de duelo no son curiosidades antropológicas que caracterizan a grupos exóticos, sino que penetran en todas las colectividades humanas, definidas por su etnia, tradición, circunstancias o elección.

Discursos. Finalmente, los discursos que asignan significado a la muerte y a la pérdida definen en parte a los sistemas sociales (Neimeyer, 2001a). A pesar de que estas prácticas lingüísticas a veces cristalizan en liturgias eclesásticas específicas, sutras u otras formas culturales, normalmente son más fluidas, derribando las barreras existentes entre los grupos sociales definidos por raza o lugar. Por ejemplo, diferentes profesiones recurren a discursos divergentes del duelo problemático como un síndrome médico (en el caso de la psiquiatría), como una progresión a través de estadios de adaptación (en el del *counseling* por pérdida de un ser querido), y como un viaje espiritual (en el de los sacerdotes). En una sociedad postmoderna, plural, estos discursos se mezclan y a veces chocan, exigiendo a las personas inmersas en ellos una serie de demandas que compiten entre sí. Al final son los “usos del discurso” individuales (Harre & Gillett, 1994) posicionados en la confluencia de estas corrientes diferentes de atribución de significado los que adquieren selectivamente formas de comprensión del duelo en sus propias vidas, familias y trabajo. Es hacia este enfoque más psicológico que nos dirigimos ahora.

LA RECONSTRUCCIÓN PSICOLÓGICA DESPUÉS DE LA PÉRDIDA

La pérdida de una relación de apego íntima a causa de la muerte supone un profundo desafío a nuestra adaptación como seres humanos. En parte, como expresión de la herencia evolutiva compartida con otros animales sociales, respondemos a esta separación, con un conjunto de reacciones entremezcladas, que

incluyen el llanto, la desorientación conductual y el anhelo por la figura de apego perdida (Bowlby, 1973). Además, normalmente estas respuestas específicas del duelo van acompañadas de síntomas fisiológicos predecibles, como la falta de respiración, taquicardia, sequedad de boca, sudoración, polaquiuria, trastornos digestivos y sensación de asfixia (Rando, 1995). Unidas a otros síntomas como la inquietud, la tensión muscular y el insomnio, estas respuestas se pueden entender como un patrón del *arousal* afín a la respuesta del estrés de separación (Parkes, 1996). A pesar de que la investigación longitudinal a gran escala indica que la mayoría de las personas que han perdido a alguien se enfrentan eficazmente a estos síntomas agudos de malestar (McCrae & Costa, 1993), un 40% muestra signos prolongados de trastornos neuroendocrinos y dificultades para dormir (May & Irwin, 2001), así como síndromes de pánico o ansiedad diagnosticables durante el primer año de la pérdida (Jacobs, 1993). Por eso, el impacto biológico básico de la pérdida puede ser profundo, y para una gran mayoría, prolongado.

Síntomas y significado.

Por muy graves que sean estas respuestas psicofisiológicas a la pérdida, sus efectos devastadores sólo se pueden apreciar si se presta el mismo grado de atención por separado a los niveles humanos diferenciados de ruptura y readaptación de la experiencia. Este enfoque más amplio, reorienta la atención de los *síntomas* a su *significado*, de las reacciones biológicas básicas a las psicológicas más sutiles. Desde este punto de vista más extenso, *se puede considerar que los individuos que han sufrido una pérdida intentan afirmar o reconstruir un mundo personal de significado que ha sido puesto a prueba por esa pérdida* (Neimeyer, 2002). Este cambio constructivista -evidente a lo largo de los desarrollos más avanzados de la teoría, investigación y práctica del duelo (Neimeyer, 2001c)- enfatiza la tendencia humana general a organizar la experiencia de forma narrativa, a construir explicaciones que “den sentido” a las transiciones problemáticas de nuestras vidas enmarcándolas en una estructura llena de significado (Neimeyer & Levitt, 2001). Las grandes pérdidas, sin embargo, dificultan los esfuerzos por mantener una auto-narrativa coherente, ya que las personas significativas de quien dependían nuestras vidas han desaparecido cruelmente, provocando una revisión substancial de los objetivos de nuestra vida a corto y largo plazo en la medida en que nuestras vidas deben ser capaces de conseguir un cierto grado de predictibilidad y de mantener la dirección deseada. La pérdida de aquellas personas, además, que han sido testigos íntimos de nuestro pasado –pareja, padres, abuelos, hermanos o amigos de años, pueden minar incluso nuestra auto-definición más básica, ya que respecto a nosotros nadie ocupa, ahora, la posición relacional especial, necesaria para hacer surgir y validar el fondo único de recuerdos compartidos que sostienen el significado de lo que hemos sido. Por eso, la muerte de la pareja en el momento de la jubilación, quizás después de un período prolongado de cuidados debido a una enfermedad crónica,

enfrenta a la pareja a mucho más que a los síntomas de ansiedad provocados por la separación, a pesar de lo importantes que puedan ser éstos. Esta forma relativamente normativa de pérdida también introduce la necesidad de reorganizar la estructura diaria de la vida del superviviente, de abandonar los planes conjuntamente elaborados para la jubilación que prometían estructurar los capítulos restantes de la vida narrativa compartida, y de conseguir una nueva validación social de la caracterización del superviviente de quién es más allá de la relación de rol marital. Así mismo, el adulto que pierde el último progenitor superviviente puede experimentar una sensación sutil de discontinuidad de su propia identidad, que estaba anclada en una única historia relacional, al mismo tiempo que necesita integrar la conciencia de que es la “próxima generación” que morirá. En todos estos y otros sentidos, la pérdida nos lleva al “reaprendizaje del self” y al “reaprendizaje del mundo” (Attig, 1996).

Self y sistema.

Una implicación de este punto de vista es que la atribución de significado desencadenada por la pérdida se busca en la intersección entre el self y el sistema, más que sólo en los pensamientos y sentimientos privados del individuo que ha sufrido una pérdida. Por eso, el self se constituye y se reconstituye en relación al mundo social circundante, al cual el individuo tiene que recurrir necesariamente y al que se dirige en busca de validación (Neimeyer, 1998). Tal como sugieren los modelos recientes de pérdida (Stroebe & Schit, 1999), esta forma “oscilante” entre una orientación interna hacia los sentimientos y reacciones personales y una orientación externa a experimentar el nuevo sentido del lugar que uno ocupa en el mundo es común en el duelo. Además, estudios cualitativos sobre las familias en duelo destacan las prácticas conversacionales intensamente interactivas mediante las cuales las personas negocian el significado de la muerte, buscan el apoyo de sus propias perspectivas del significado práctico y espiritual, y afirman o luchan con las implicaciones que tiene en sus relaciones mutuas (Nadeau, 1997; Rosenblatt, 2000).

Pérdida traumática y crisis de significado.

A pesar de que la acomodación psicosocial a cualquier pérdida profunda es significativa, la pérdida que es traumática por naturaleza (como en los casos de muerte por homicidio, suicidio o accidente) o que altera el “orden natural” (como en el caso de la muerte de niños o jóvenes adultos) dificulta más la adaptación del superviviente. Algunas de estas dificultades tienen lugar en niveles fisiológicos, como la vivencia de una pérdida de forma repentina y horrible inunda el cerebro de neurotransmisores que imprimen recuerdos sensoriales vívidos del hecho (van der Kolk & van der Hart, 1991). A diferencia de los recuerdos asociados con las muertes más anticipadas o menos devastadoras, las asociadas con el trauma frecuentemente adoptan la forma de imágenes, sensaciones y emociones disociadas o fragmentadas –un derrame de sangre, el olor a carne quemada, un sentimiento de horror e

impotencia- que se encuentran en el nivel de la amígdala, relativamente incomunicada con el control consciente que efectúa el neocórtex. Desde un punto de vista evolutivo, la hipervigilancia de estímulos posteriores asociados con la pérdida original (un explosión fuerte, el olor a carne asada, un grito) puede considerarse una forma de adaptación, que ofrece un sistema de evaluación rápido para identificar y evitar la amenaza. Sin embargo, cuando ciertos hechos que sólo tienen un ligero parecido con el trauma desencadenan este sistema, el resultado es un sistema límbico altamente excitable y una susceptibilidad a los recuerdos intrusivos que alternan con la evitación (Horowitz, 1997).

Desde el punto de vista constructivista o en términos de construcción del significado, estos efectos fisiológicos de los recuerdos traumáticos construidos bajo condiciones de intensa activación son “pre-narrativos,” consistentes en sensaciones y percepciones no integradas, que pueden persistir durante muchos años, y que se resisten a incorporarse a la “narrativa principal” consciente de nuestras vidas. Por ejemplo, dos años después del suicidio de su mujer, depresiva crónica, mediante un disparo de pistola en la boca, el marido que encontró el cuerpo desplomado de su mujer en el suelo del baño se quejaba del olor inexplicable a sangre y pólvora que le invadía en los lugares menos pensados. Actualmente se están desarrollando intervenciones constructivistas diseñadas para ayudar a la integración de los significados e imágenes asociadas con las pérdidas traumáticas y no traumáticas (Neimeyer, 2001c; Sewell, 1997).

Una segunda dificultad en la acomodación de las pérdidas traumáticas surge, no al nivel superior de “narrativización” de los hechos traumáticos, encajándolos en la historia de nuestras vidas, sino en el nivel subyacente de la *estructura temática* de la cual depende nuestra auto-narrativa. Desde este punto de vista, las pérdidas trágicas invalidan los “constructos centrales” básicos (Kelly, 1955/1991) o el “mundo de presupuestos” (Janoff-Bulman & Berg, 1998) sobre los que se basan, ya que la experiencia traumática quizás destruya permanentemente nuestro supuesto sentido de seguridad, predicción, confianza y optimismo. Una madre joven cuyo hijo murió después de diez años de cuidados intensivos debido a un problema congénito de corazón ejemplifica esta reacción, buscando respuestas existenciales satisfactorias a las demandas inmediatas de *por qué* esta tragedia le tenía que haber sucedido a ella y a su familia. Sintiendo que la pérdida de una vida joven era una violación del sistema de creencias entero que le aportaba significado a la vida, reformuló su perspectiva del universo de manera más sabia, aunque más críptica, considerando la muerte como una “advertencia” espiritual de un dios exigente que le apremiaba a reevaluar el materialismo y la superficialidad de su vida anterior. El resultado fue mucho dolor y examen de conciencia, pero también crecimiento. La investigación demuestra que la necesidad apremiante de enfrentarse a una explicación de la pérdida se produce en la mayoría de las pérdidas traumáticas, y que la habilidad del superviviente para dar sentido a la muerte y encontrar un beneficio

existencial importante o una lección de vida en la pérdida son uno de los mejores pronosticadores de su posible adaptación (Davis, Nolen-Hoeksma & Larson, 1998).

DUELO COMPLICADO: UNA PERSPECTIVA PSIQUIÁTRICA

Tal como sugiere la sección anterior, la adaptación a las pérdidas traumáticas o normativas presenta varias dificultades a los supervivientes, que recurren a recursos personales, sociales o culturales para dar significado a la pérdida y para incorporar la experiencia en su vida narrativa en curso (Neimeyer, 2001a). Sin embargo, no todas las personas que han sufrido una pérdida superan estas dificultades satisfactoriamente, ya que una minoría significativa (10-20%) sienten que la vida sin el difunto se halla tan seriamente afectada que les cuesta mucho integrar la pérdida y seguir adelante con su vida (Prigerson & Jacobs, 2001). Para este grupo de supervivientes, la muerte de su ser querido no solamente es profundamente triste sino que perturba el sentido de quienes son, sus proyectos y sus lazos con el mundo relacional. El propósito de esta sección es revisar la investigación actual de esta complicación del duelo, centrándonos en sus correlaciones y consecuencias, así como en hacer conjeturas sobre sus causas en la interacción de la pérdida “objetiva” y el significado “subjetivo” para el superviviente. Como veremos, esto nos conducirá a considerar el fenómeno del apego, así como los desafíos al modelo básico de significado que ocasionan.

Desde una perspectiva psiquiátrica, los síntomas del duelo complicado incluyen síntomas *intensos y persistentes* de *distress* por pérdida (por ejemplo, pensamientos reflexivos sobre el difunto, anhelo por y búsqueda del difunto, soledad excesiva resultante de la pérdida) y síntomas de *distress* traumático (Jacobs, Mazure & Prigerson, 2000) (ver tabla 1). Significativamente, los síntomas de complicaciones listados bajo el criterio B pueden considerarse en términos de una lucha por integrar el significado de la pérdida, tal como se ha descrito anteriormente. Por ejemplo, la insensibilidad y la incredulidad pueden considerarse expresiones de la inhabilidad para asimilar la pérdida en la propia construcción previa de la realidad, y la visión de un mundo roto en pedazos, así como un sentido comprometido del propósito, significado, seguridad y control, diezman los esquemas de significado que sostenían previamente el individuo en duelo. Finalmente, tanto el enfado persistente como la identificación patológica se consideran medios subóptimos de adaptación a la invalidación de significados existentes ya que intentan imponer de forma hostil las propias construcciones de los hechos (Kelly, 1995/1991), o preservar la continuidad de la propia identidad anterior a la pérdida a través de la identificación con aspectos negativos del difunto (Neimeyer, 2002). Cuando estos síntomas persisten de manera intensa durante más de seis meses después de la pérdida, en el contexto de un funcionamiento substancialmente deteriorado en la familia, trabajo y roles sociales, entonces hay suficientes pruebas como para diagnosticar un duelo complicado (Tabla 1).

Tabla 1. Criterios Diagnósticos para el Duelo Complicado

<p>CRITERIO A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La persona ha sufrido la muerte de un ser querido y su reacción implica tres de los cuatro síntomas siguientes, experimentados a diario o en grado excesivo: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pensamientos intrusivos sobre el difunto 2. Añoranza del muerto 3. Búsqueda del muerto 4. Soledad excesiva desde la muerte 	<p>CRITERIO B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuatro de los siguientes ocho síntomas en respuesta a la muerte experimentados casi a diario o en grado excesivo: <ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de objetivos, sentimientos de futilidad respecto al futuro 2. Sentido subjetivo de entumecimiento, desapego, o ausencia de respuesta emocional 3. Dificultad de reconocimiento de la muerte (incredulidad) 4. Sentimiento de que la vida está vacía de sentido. 5. Sentimiento de que ha muerto una parte de sí mismo. 6. Visión derrotista del mundo (pérdida del sentido de seguridad, confianza y control) 7. Asunción síntomas o conductas destructivas de, o relacionadas con, el difunto. 8. Excesiva irritabilidad, amargura, o angustia relacionada con la muerte
<p>CRITERIO C:</p> <p>Duración del trastorno (de los síntomas referidos) de al menos 6 meses.</p>	<p>CRITERIO D:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El trastorno causa desajuste clínico significativo en las áreas social, laboral y otras áreas importantes de funcionamiento.

Hace casi sesenta años, Lindemann (1944) describió los rasgos de estas “reacciones enfermizas a la pérdida” (por ejemplo, rumiaciones sobre el difunto, hostilidad) que consideraba desviaciones del duelo “normal” y que requerían un intervención más agresiva. En concordancia con las observaciones de Lindemann, la investigación reciente demuestra que los individuos en duelo con grandes niveles de síntomas de duelo complicado sufren más disfunciones que quienes sólo experimentan niveles más bajos de estos síntomas (Prigerson, Bridge & Maciejewski, 1997; Prigerson, Frank, Kasl, Reynolds & al., 1995; Silverman, Jonson & Prigerson, 2001). Los estudios consideran que los síntomas del duelo complicado: (1) forman un conjunto coherente de síntomas diferentes de la depresión relacionada con el duelo y conjuntos de síntomas de ansiedad (es decir, la fenomenología subyacente de los síntomas indica que constituyen síndromes separados) (Prigerson, Bierhals & Kasl, 1996); (2) en algunos individuos prevalecen durante varios años (Prigerson, Bierhals, Kasl, Reynolds & al., 1997; Prigerson et al., 1997); (3) además de los síntomas de depresión, pronostican bastante morbilidad y comportamientos insalubres, incluidos episodios cardíacos, presión alta, cáncer, colitis ulcerosa, intentos de

suicidio, disfunciones sociales, falta de energía, cambios en la alimentación, consumo de alcohol, tabaquismo y disfunciones globales (Prigerson, Beirhals et al., 1997; Prigerson et al., 1996; Prigerson et al., 1997; Prigerson, Frank et al., 1995; Silverman et al., 2001); y (4) a diferencia de los síntomas depresivos, la psicoterapia interpersonal y los antidepresivos tricíclicos no los reducen de forma efectiva (Pasternak, Reynolds, & Schlernitzauer, 1991; Reynolds, Miller & Pasternak, 1999). Dados estos resultados que demuestran los síntomas distintivos, el curso clínico y la respuesta al tratamiento, así como la morbilidad asociada a los síntomas del duelo complicado, se han desarrollado unos criterios de consenso con el fin de delinear (y diagnosticar) este síndrome de forma más precisa y completa. Algunos estudios ya han empezado a proporcionar validación empírica para el establecimiento de criterios de consenso para el duelo complicado (Prigerson & S.C. Jacobs, 2001; Prigerson, Shear & Jacobs, 1999) y han desarrollado un sólido soporte psicométrico para una evaluación cuidadosamente construida del duelo complicado (Neimeyer & Hogan, 2001; Prigerson, Maciejewski, Reynolds, Beirhals & al., 1995). Estos hallazgos destacan la necesidad de comprender la etiología de las reacciones del duelo complicado con el fin de identificar los factores de riesgo y tratarlos adecuadamente. Creemos que el significado de la pérdida para el superviviente y su corolario, los modelos operativos internos, son parte esencial de la identificación de los factores de riesgo del duelo complicado.

Los modelos operativos internos y su rol en la adaptación a la pérdida.

A pesar de que las pérdidas horribles, repentinas o prematuras pueden sacudir las bases del mundo de presupuestos de casi cualquier individuo que haya sufrido una pérdida, algunos individuos son más proclives a desarrollar respuestas de duelo complicado que otros. Un factor potencial de vulnerabilidad que predispone a estas reacciones, incluso en el caso de las pérdidas no-traumáticas, es el “modelo operativo interno” en el que se basa el individuo para construir una “teoría” básica del self, de los otros y del mundo (Bowlby, 1973). Estos modelos derivan de la experiencia de una persona con las figuras de apego primarias, especialmente durante la infancia de las relaciones con las figuras paternas. Los modelos operativos internos sirven de esquemas mentales que ayudan a interpretar las experiencias interpersonales. Según Bowlby un modelo operativo del self válido y competente se desarrolla cuando las figuras paternas ofrecen apoyo y disponibilidad emocional. Un modelo operativo seguro es aquel en el cual un individuo confía que podrá acceder siempre a una figura protectora, que ofrece apoyo, y que satisface las demandas del entorno a las que debe enfrentarse. Por el contrario, los padres que rechazan o descuidan las necesidades emocionales del niño, o le niegan el apoyo social y material que necesita, dan lugar a un modelo operativo del self devaluado e incompetente. Los modelos operativos inseguros generan una sensación de incertidumbre acerca de la disponibilidad y accesibilidad de las figuras de apego

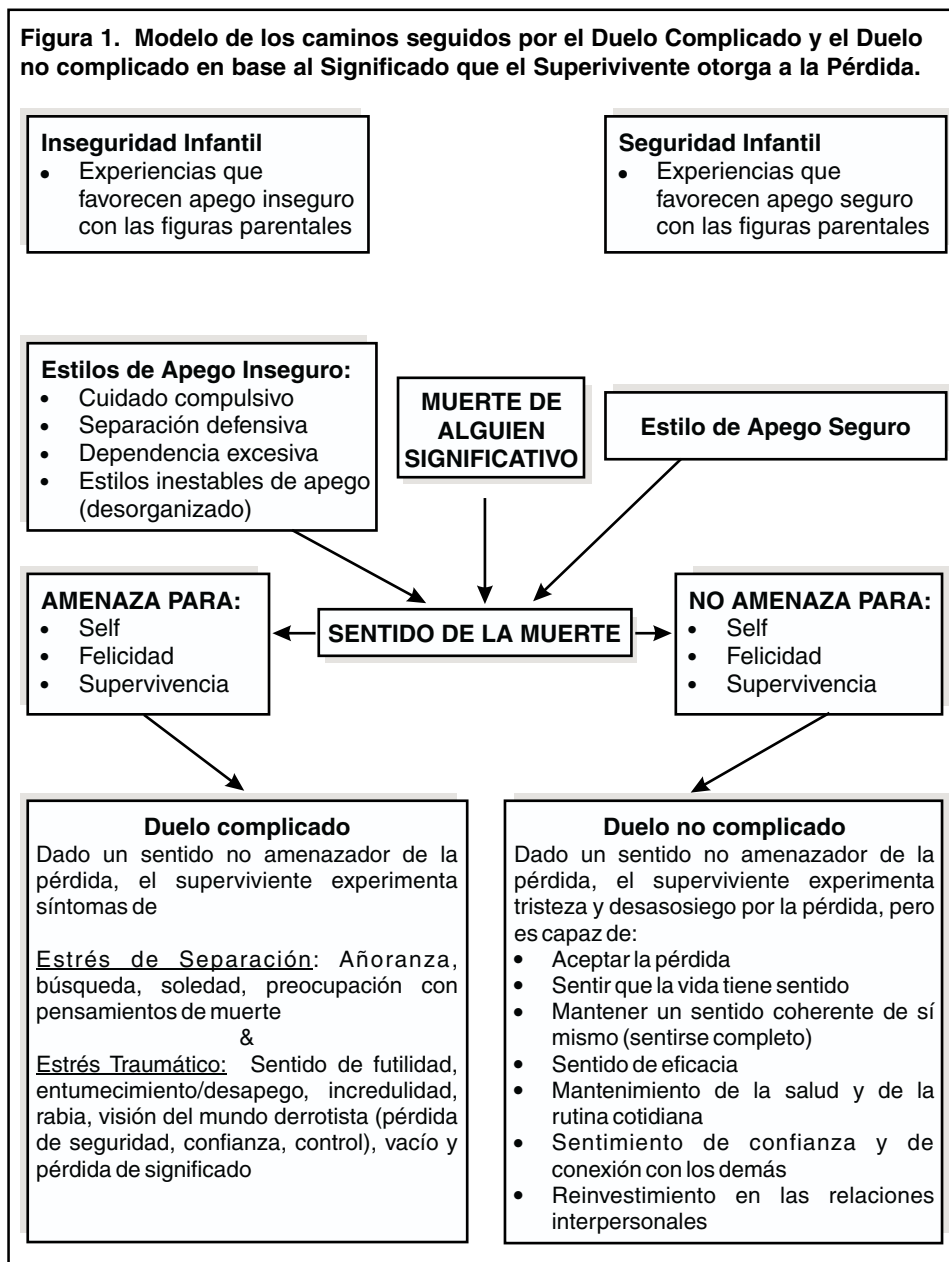
protectoras y proveedoras de apoyo, y provocan ansiedad con respecto a la propia habilidad de satisfacer los desafíos del entorno. Una vez establecidos, estos modelos operativos funcionan como bases ampliamente inconscientes de la autonarrativa continuada de la persona (Guidano, 1991; Guidano & Liotti, 1983), formando los patrones de apego del individuo en relaciones posteriores.

Bowlby propuso tres estilos de apego que derivan de modelos operativos inseguros y que predisponen a las personas que han perdido a alguien a reacciones de duelo complicado (Parkers, 1996). Bowlby (1973) “los adultos cuyo duelo tomó un curso patológico probablemente antes de la pérdida eran propensos a las relaciones afectivas,... marcadas por un alto grado de apego ansioso,... y cuidados compulsivos. Las personas que forman este grupo generalmente se las describe como nerviosas, sobredependientes, temperamentales, pegajosas... En un tercer grupo bien diferenciado se intenta desesperadamente conseguir una auto-suficiencia emocional y una independencia de los lazos afectivos...” (p. 202). Por eso, cabe esperar que las personas que han sufrido una pérdida cuya forma dominante de relación con los demás encaja con uno de estos tres estilos de apego-dependencia excesiva, cuidados compulsivos, separación defensiva- así como un estilo de apego desorganizado o inestable que oscila entre el acercamiento y la evitación en las relaciones, tengan grandes posibilidades de padecer un duelo complicado⁴.

De esta forma, los modelos operativos internos sugieren los factores de protección y los de riesgo frente a la experiencia de la pérdida de un ser querido que amenazan al self, la felicidad y la supervivencia, y sitúan al superviviente en un camino que le puede conducir a reacciones de duelo complicadas o no complicadas (ver Figura 1). De acuerdo con la teoría del apego, proponemos un modelo causal en el cual la experiencia de una infancia adversa (por ejemplo, abusos o negligencia) predisponen a la persona a adoptar estilos de apego inseguros. Estos modelos operativos inseguros del self, del resto y del mundo incrementan el potencial de los supervivientes a percibir la muerte de una figura de apego principal como una amenaza a su protección y seguridad, que a la vez, les predispone a las reacciones de duelo complicadas. Por el contrario, aquellos que disponen de modelos operativos internos seguros, a pesar de experimentar la muerte de una persona significativa como un hecho triste y perturbador, no lo viven como una amenaza significativa a su seguridad, el cumplimiento de sus objetivos a largo plazo o a la supervivencia, y por eso se espera que se encuentren en el camino del duelo no complicado.

Algunos estudios recientes vienen a validar ciertos aspectos de este modelo. En uno concreto se compara la influencia relativa de las adversidades en la infancia y en la edad adulta en diagnósticos actuales de Trastorno Depresivo Mayor (MDD), Trastorno de Estrés Post-Traumático (PTSD) y Duelo Complicado (CG) en adultos recientemente enviudados (Silverman et al., 2001). Los resultados indican que los problemas ocurridos durante la infancia (abusos o muerte de uno de los padres) estaban relacionadas significativamente con el CG y, secundariamente, con el

Figura 1. Modelo de los caminos seguidos por el Duelo Complicado y el Duelo no complicado en base al Significado que el Superviviente otorga a la Pérdida.



MDD, mientras que los problemas ocurridos durante la edad adulta (hechos traumáticos no relacionados con la pérdida y la muerte de un hijo) sólo se asociaban significativamente con el PTSD. La tendencia de las adversidades en la infancia a predecir CG y las adversidades en la edad adulta a predecir PTSD todavía se

mantenían incluso después de agrupar adversidades y comorbilidad entre los trastornos psiquiátricos que se tenían en cuenta. Estos resultados sugieren que la vulnerabilidad al CG se basa explícitamente en las experiencias de la infancia. Una explicación de estos resultados es que los niños que han sufrido abusos o negligencias desarrollan unos estilos de apego inseguros que les predisponen a las reacciones de CG.

Aunque el modelo completo, propuesto en la Figura 1, todavía no se ha probado, se pueden encontrar limitadas pruebas anecdóticas que apoyan la conexión entre las adversidades durante la infancia y el desarrollo de estilos de apego inseguros durante la edad adulta. En una conferencia sobre casos clínicos sobre el CG (Prigerson, Shear, Frank, Silberman & Reynolds, 1997), una viuda explicó cómo su padre solía desaparecer durante largos períodos de tiempo cuando era niña. A pesar de que la paciente era consciente de que alguna cosa iba “realmente mal” en su familia, el secreto de que su padre cuidaba y ejercía de padre de otra familia no se le reveló hasta que fue una persona adulta. Su sentido de seguridad y confianza se vio minado por un padre que solía hallarse ausente, una madre que le guardó el secreto de que era una hija ilegítima (sus padres no se casaron hasta que ella tuvo 14 años), las dificultades económicas asociadas con la doble vida de su padre, y el ataque al corazón de su padre que le dejó permanentemente incapacitado, se cree que explican su estilo de apego inseguro y aislado a la defensiva. En base a sus experiencias infantiles y los modelos operativos inseguros de apego surgidos a raíz de ellos, la muerte de su marido, de quien dependía emocional y económicamente, fue interpretada por ella como extremadamente amenazadora y su reacción a la pérdida se complicó.

Este modelo puede ayudar a explicar por qué las relaciones muy próximas de apoyo parece que predisponen a los individuos que han sufrido una pérdida al CG (Prigerson, Beirhals et al., 1997). Mientras Freud (1957) postuló que los matrimonios ambivalentes o conflictivos darían como resultado una depresión relacionada con la pérdida, nosotros creemos que la viudez después de matrimonios que incrementaban la seguridad, estabilizaban y eran relativamente exclusivos es la que tiene más probabilidades de desembocar en un CG, así como en una salud física peor, mayor uso de los servicios sanitarios y por tanto más costes sanitarios (ver arriba). En un estudio de cuidadores de maridos o esposas enfermos terminales, se observó también si los estilos de apego inseguros se asociaban al CG o a síntomas depresivos (Prigerson et al., 1997). Los resultados sugieren que los matrimonios que incrementan la seguridad con estilos de apego inseguros aumentan el riesgo de padecer síntomas de CG en el miembro superviviente de la pareja.

Crecimiento a través del duelo.

A pesar de que nuestro énfasis hasta este punto se ha situado en el modo en que la pérdida puede desafiar el mundo de los significados de los supervivientes -

particularmente el de aquellos cuyos patrones de apego les hacen más vulnerables a esta interrupción- centrarse en las complicaciones derivadas de la pérdida puede conllevar el riesgo de marginalizar una respuesta quizás más común a la pérdida, el crecimiento post-traumático (Tedeschi, Park & Calhoun, 1998). Por esta razón concluiremos con una revisión selectiva de la literatura que ilumina cómo la lucha por la reconstrucción del significado ante una pérdida no sólo conlleva tristeza, pena y desesperación, sino también un potencial de crecimiento. Tal como veremos, incluso en los casos más dolorosos, muchos supervivientes experimentan un aumento, más que una disminución, del significado personal.

Incapacidades congénitas y muerte de un hijo.

Desde el momento de la confirmación del embarazo muchas mujeres se sienten llenas de ilusiones, sueños y la esperanza de un recién nacido saludable. Pero cuando se diagnostica al niño alguna condición que le limitará la vida, como anomalías congénitas o enfermedades progresivas neuromusculares, desembocan en un duelo profundo de los padres. Según Ross (2002) la “pena crónica” que conllevan estas pérdidas implica no sólo la renuncia a los sueños del pasado y una constante revisión de los planes presentes y patrones de enfrentamiento, sino también una anticipación de un futuro que está “privado” de “marcadores” que estructuran normalmente el ciclo de vida familiar (por ejemplo, el día de la graduación y la boda). Pero incluso ante esta erosión del mundo de creencias existente, muchas familias encuentran significado, poder y valor en su experiencia de ser padres de niños discapacitados. Milo (1997), en su investigación cualitativa de madres cuyos hijos discapacitados habían muerto, explicó que la mayoría de las madres conseguían encontrar un significado y un beneficio en la vida y muerte de su hijo y eran capaces de continuar viendo el mundo de forma positiva y propositiva. A pesar de la gran cantidad de responsabilidades en el cuidado y la triste doble pérdida –del hijo “deseado” y del hijo real- estas madres atribuyen a esta experiencia el mérito de haberles hechos más conscientes de lo esencial de la vida y del poder del amor. Como resultado de la supervivencia al período de cuidados y a la pérdida, se volvieron más pacientes, confiadas, empáticas, sin juzgar a los demás. A pesar de que seguro que no habrían deseado nunca pasar esta experiencia, ni se la hubieran deseado a nadie, estaban agradecidas por haber aprendido esta lección.

Similares beneficios agrídulces aparecen con la pérdida de hijos no discapacitados. En la sociedad occidental, la muerte de un hijo parece fuera del orden natural, algo que hace estremecer los fundamentos de nuestro mundo de creencias. La investigación sobre la crisis de significado en el duelo paterno indica que la búsqueda de significado es primordial para el proceso de reajuste después de la muerte del hijo, y que los padres que son capaces de encontrar estos significados volviéndose más compasivos y más fuertes, aceptando la mortalidad humana o profundizando en su espiritualidad se enfrentan mejor con la pérdida (Braun & Berg,

1994; Davis et al. 1998; Wheeler, 2001). Incluso después del suicidio de un joven, una pérdida terrible para los padres y los miembros de la familia, los supervivientes pueden superarlo cuando buscan su fortaleza interior y su capacidad de enfrentamiento y deciden comprometerse con la vida (Kalischuk & Davies, 2001).

Muerte de un hermano.

La muerte de un hijo no sólo afecta profundamente a los padres, sino que también puede tener un efecto duradero en los hermanos supervivientes, ya que afrontan su propio duelo así como lo hacen sus padres y los demás en el sistema familiar. Los datos, sin embargo, sugieren, de nuevo, que la experiencia también ofrece a los niños el ímpetu para el crecimiento psicológico. Por ejemplo, la investigación en familias en las cuales había muerto un hijo de cáncer hacía 7 o 9 años demostró que el auto-concepto de los hermanos era más alto que el de los grupos de niños que no habían pasado por esta experiencia (Martinson, Davies & McClowry, 1987). Además, diversas entrevistas con los hermanos indicaron que habían crecido psicológicamente como resultado de su experiencia. Por ejemplo, un chico de 16 años comentó *“tengo una mejor actitud frente a la vida ahora; es decir que me doy cuenta de lo importante que es la vida como resultado de la muerte de mi hermana.”* Los datos de las entrevistas con los padres también indicaron que se consideraba que los niños eran individuos sensibles, responsables, que maduraron como resultado de la experiencia.

Hay otro estudio sobre los efectos a largo plazo de la muerte de hermanos, basado en entrevistas con adultos que en su infancia perdieron a un hermano (Davies, 1999). Muchos hermanos sentían que esta experiencia les había enseñado a apreciar más la vida, a disfrutar de cada día ya que sabían de primera mano que la vida es limitada. Aprendieron a apreciar a sus seres queridos aún más y se sentían seguros hablando con personas muy enfermas. También se ha observado una reconstrucción de la identidad y un crecimiento personal similar en estudiantes universitarios que se han enfrentado a grandes pérdidas (Neimeyer, 2001b).

Duelo en las familias.

Nuestro conocimiento sobre el duelo después de la muerte de alguien se centra mayoritariamente en los individuos –madres, padres, hermanos, esposos. Pero las pérdidas serias afectan no sólo a los individuos como miembros de la familia, sino también a las familias como unidad. Además, los significados sentimentales que las familias atribuyen a estos hechos, cosas o experiencias modelan sus acciones, influenciando el curso de su duelo. Por ejemplo, después de la muerte de un niño, muchas familias reflexionan sobre lo que tienen que hacer con las pertenencias del niño. La investigación de este aspecto del duelo familiar determinó que la ropa, la habitación y los recuerdos del niño se utilizaban frecuentemente como recuerdos con significados, a pesar de que los significados de estos “objetos de conexión”

tomados individualmente por uno de los padres, por ejemplo, diferían de aquellos que les atribuía la familia como unidad (Davies, 1987). Cuanto más grande era la diferencia de significado concedido a estos recuerdos por los miembros de la familia, más grande era el potencial de malentendidos entre la familia y más problemático del duelo familiar. Cuando los miembros de la familia compartían sus significados individuales, juntos daban un sentido a la experiencia y ganaban niveles de confort y crecimiento.

Pero no todos los individuos o familias son iguales, ni se enfrentan al mismo nivel de pérdida. Hay un estudio sobre familias con un miembro que tiene un cáncer terminal que nos ofrece un buen ejemplo (Davies, Chekryn-Reimer, Brown & Martens, 1995). Estas familias se encuentran en la transición de “lenta desaparición”: desde vivir con un cáncer a la experiencia de la muerte por cáncer. Esta transición implica varios componentes que ocurren a lo largo del tiempo, pero no de forma lineal –se acumulan, se sobrepone y se repiten- pero que deben empezar con la redefinición del self del paciente y la redefinición de la familia del paciente. En un primer paso esencial, la familia y el paciente ajustan o redefinen su enfoque para encajar la apariencia del paciente y la merma de sus facultades. Todos los miembros de la familia deben ajustar su visión del paciente, de si mismos y de la familia como unidad, iniciando un proceso que no tiene un final claro, pero que en cambio lleva a escena otros componentes del proceso de desaparición. El paciente se enfrenta a la posibilidad de ser una carga y los miembros de la familia se enfrentan a verse cargados con una responsabilidad extra. La familia lucha contra la paradoja del paciente que vive con un cáncer y, a la vez, muere a causa de él. Todos los miembros de la unidad familiar sufren grandes cambios en sus vidas y buscan un significado en las experiencias que viven. Los pacientes muchas veces emprenden este viaje privadamente, intentando dar un sentido a la situación conectando con su yo interno y espiritual, quizás considerando los demás como un bastión contra la desesperación. El matrimonio busca un significado pasando más tiempo juntos y apreciándose más. También evalúan sus vidas y reordenan sus prioridades. Los hijos adultos en estas familias se enfrentan con su propia mortalidad y el impacto de la muerte inminente de su padre o madre en su futuro. Responden mediante la reevaluación de muchos aspectos de sus vidas, pero particularmente de sus actitudes respecto a si mismos, a su familia y estilo de vida.

Naturalmente, tal como se ha visto en la discusión del CG, no todos los significados a los que la familia recurre ofrecen la misma adaptación. Cuando los pacientes, u otros miembros de la familia, no redefinen la situación, teniendo en cuenta la realidad de la muerte inminente del paciente, hay pocas probabilidades de que busquen un significado. Al contrario, se centran en la parte negativa de la situación y desean que las cosas sean distintas. A veces los miembros de estas familias buscan el significado en el pasado, y en estos casos, más que encontrar esperanza y algún elemento de crecimiento o paz, sólo consigue aumentar su

frustración. Dependiendo del grado de capacidad de los miembros de una familia para redefinir la nueva situación, serán capaces o no de reconstruir una vida llena de significado, ajustarse y crecer psicológicamente con la experiencia de la pérdida.

El significado del significado

Desde una perspectiva interdisciplinaria amplia, los fenómenos de la pérdida, del duelo y del luto están impregnados de significado. Aunque a un cierto nivel las reacciones humanas al duelo se basan en la historia evolutiva compartida con otros animales sociales, la tendencia humana a construir un universo simbólico sobrepuesto a uno natural también atribuye a nuestra adaptación a la muerte y a la pérdida una forma humana única. En este breve artículo hemos intentado comprender *sociológicamente* la respuesta humana a la pérdida reconociendo el rol del ritual, de la cultura local y del discurso que le atribuye un significado; *psicológicamente*, considerando el duelo como un esfuerzo para renegociar una autonarrativa coherente que adapte las transiciones dolorosas, tanto si son normativas como traumáticas; y *psiquiátricamente*, revisando las pruebas de que un CG constituye un diagnóstico diferenciado al cual las personas con historias problemáticas de apego pueden ser particularmente vulnerables. También hemos documentado la gran capacidad de los humanos de crecer a través del duelo, y de reafirmar o revisar los mundos de creencias que la pérdida ha puesto en peligro.

Implícitamente supone una visión expandida del concepto de significado, que trasciende el discurso muchas veces limitado que lo equipara a las “cogniciones” en las mentes de los individuos (Neimeyer, 2000). A pesar de que el significado muchas veces se enfoca en términos de interpretación, creencias o auto afirmaciones, la conciencia individual representa simplemente un sitio para la construcción del significado, que también reside y deriva del lenguaje, las prácticas culturales, las tradiciones espirituales, y las conversaciones interpersonales, todas las cuales interactúan para moldear y formar el significado del duelo para un individuo o grupo determinado. Una implicación de este punto de vista del significado más “socializado” es que incluso lo que parece irreductiblemente personal -es decir, nuestros “modelos operativos” implícitos del self y del mundo- está ancorado en nuestros lazos de apego con las personas significativas. Por eso, el significado de cualquier pérdida sólo puede entenderse sobre el trasfondo de los factores evolutivos, sociales o culturales, irreductibles a los significados explícitos de la persona en duelo. Esperamos que el lector comparta nuestra fascinación por esta matriz de significado, y que se una a nosotros en la búsqueda de la comprensión del papel del duelo entendido tanto como un impedimento, como un incentivo al crecimiento humano y a la plena realización.

Desde un punto de vista amplio, el fenómeno del duelo y la pérdida de un ser querido requieren un análisis en términos sociológicos, psicológicos y psiquiátricos. En este artículo se arguye que una cuestión común es la del significado de la pérdida, expresado como un intento de adaptación tanto individual como colectivo.

Palabras clave: duelo, separación, psicoterapia constructivista, contexto social, reconstrucción el significado.

Notas de los autores

1. Algunas partes de este escrito aparecerán próximamente en inglés en un artículo titulado "Mourning and meaning" en el *American Behavioral Scientist*. Agradecemos el permiso para su publicación.
2. Cabe advertir que algunas pérdidas (por ejemplo, la muerte de un feto, de un amante o de un ex-esposo/a) son frecuentemente deslegitimadas o poco tenidas en cuenta desde el punto de vista social, recibiendo poco o nulo apoyo en la cultura contemporánea (Doka, 2002). Para una discusión detallada de la deslegitimación como fallo empático en varios niveles del self y del sistema, ver Neimeyer y Jordan (2002)
3. Un ejemplo claro de esto tiene que ver con la diversidad de atribuciones que la persona que ha perdido a alguien –especialmente en culturas diferentes- hacen con respecto a su sintomatología física de la pérdida. El mismo dolor cardíaco, por ejemplo, puede interpretarse de maneras diferentes, como un síntoma que necesita control médico, como un signo aceptado de la "ruptura del corazón" ocasionado por la pérdida de un amor, o como una identificación patológica con la misma enfermedad que se llevó al ser querido, desaparecido. No pretendemos que se dé menos importancia médica a estos síntomas, sino que invitamos a prestar la misma atención a los significados diferentes que los que han sufrido una pérdida relacionan con estas reacciones.
4. Por extensión, podríamos deducir que los miembros de una familia que demuestran unos comportamientos altamente dependientes, cuidados compulsivos, o evitación defensiva en el contexto de los cuidados ofrecidos a un ser querido durante los últimos días de su vida, serían candidatos a un CG después de que se produjese la muerte. Sin embargo, mantenemos esta hipótesis sólo de forma tentativa, dada la atmósfera cargada emocionalmente que tipifica la muerte de un ser querido, así como las amplias variaciones culturales que caracterizan las muestras de emoción e intimidad, particularmente en este punto crítico del ciclo de la vida de la familia. Es necesario investigar más acerca de las interacciones familiares normativas durante los últimos días de vida de uno de sus miembros si se quiere ofrecer una base para determinar las variaciones clínicamente significativas en los comportamientos de apego ante la anticipación de una pérdida.

Traducción: Ariadna Villegas Torras

Referencias bibliográficas

- ATTIG, T. (1996). *How we grieve: Relearning the world*. New York: Oxford University Press.
- BOWIBY, J. (1973). *Attachment and loss: Separation (Vol. 2)*. New York: Basic.
- BRAUN, K. L., & NICHOLS, R. (1997). Death and dying in four Asian American cultures. *Death Studies*, 21, 327-359.
- BRAUN, M. L., & BERG, D. H. (1994). Meaning reconstruction in the experience of bereavement. *Death Studies*, 18, 105-129.

- CAMPBELL, J. (1988). *Historical atlas of world mythology*. New York: Harper & Row.
- DAVIES, B. (1987). Family responses to the death of a child: The meaning of memories. *Journal of Palliative Care*, 3, 9-15.
- DAVIES, B. (1999). *Shadows in the sun: The experiences of sibling bereavement in childhood*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- DAVIES, B., CHEKRYN-REIMER, J., BROWN, P., & MARTENS, N. (1995). *Fading away: The experience of transition in families with terminal illness*. Amityville, NY: Baywood.
- DAVIS, C. G., NOLEN-HOEKSEMA, S., & LARSON, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 561-574.
- DOKA, K. J. (2002). *Disenfranchised grief (2nd ed.)*. San Francisco: Jossey Bass.
- DURKHEIM, E. (1912/1965). *The elementary forms of religious life*. New York: Free Press.
- FOUCAULT, M. (1970). *The order of things*. New York: Pantheon.
- FREUD, S. (1957). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed.), *The Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (pp. 152-170). London, England: Hogarth Press.
- GUIDANO, V. F. (1991). *The self in process*. New York: Guilford.
- GUIDANO, V. F., & LIOTTI, O. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford.
- HALL, M., & IRWIN, M. (2001). Physiological indices of functioning in bereavement. In M. S. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research* (pp. 473-491). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- HARRÉ, R. & GILLET, R. (1994). *The discursive mind*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- HOROWITZ, M. J. (1997). *Stress response syndromes* (3rd Ed.). Northvale, N. J.: Jason Aronson.
- IRISH, D., LUNDQUIST, K., & NELSEN, V. (Eds.). (1993). *Ethnic variations in dying death, and grief*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- JACOBS, D., MAZURE, C., & PRIGERSON, H. (2000). Diagnostic criteria for traumatic grief. *Death Studies*; 24, 185-199.
- JACOBS, S. (1993). *Pathologic grief*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- JANOFF-BULMAN, R., & BERG, M. (1998). Disillusionment and the creation of values. In J.H. Harvey (Ed.), *Perspectives on loss: A sourcebook* (pp. 35-47). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- KALISCHUK, R. G., & DAVIES, B. (2001). A theory of healing in the aftermath of youth suicide. *Journal of Holistic Nursing Practice*, 19, 163-186.
- KELLY, G. A. (1955/1991). *The psychology of personal constructs*. New York: Routledge.
- KIASS, D. (1999). *The spiritual lives of bereaved parents*. Philadelphia, PA: Brunner Mazel.
- LINDEMANN, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- MARTINSON, I., DAVIES, B., & MCCLOWRY, S. (1987). The long-term effects of sibling death on self-concept. *Journal of Pediatric Nursing*, 2, 227-235.
- MCCRAE, R., & COSTA, P. T. (1993). Psychological resilience among widowed men and women. In M. Stroebe, W. Stroebe & R. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement*. Cambridge: Cambridge University Press.
- MILO, E. M. (1997). Maternal responses to the life and death of a child with developmental disability. *Death Studies*, 21, 443-476.
- NADEAU, J. W. (1997). *Families making sense of death*. Newbury Park, CA: Sage.
- NEIMEYER, R. A. (1998). Social constructionism in the counselling context. *Counselling Psychology Quarterly*, 11, 135-149.
- NEIMEYER, R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24, 541-557.
- NEIMEYER, R. A. (2001a). The language of loss. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- NEIMEYER, R. A. (2001b). Reauthoring life narratives: Grief therapy as meaning reconstruction. *Israel Journal of Psychiatry*, 38, 171-183.
- NEIMEYER, R. A. (Ed.). (2001c). *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- NEIMEYER, R. A. (2002). *Lessons of loss: A guide to coping (2nd ed.)*. New York: Brunner Routledge.
- NEIMEYER, R. A., & HOGAN, N. (2001). Quantitative or qualitative? Measurement issues in the study of grief. In H. S. M. Stroebe, R. Hansson & W. Stoebe (Eds.), *Handbook of bereavement research* (pp. 89-118). Washington, DC: American Psychological Association.

- NEIMEYER, R. A., & JORDAN, J. R. (2002). Disenfranchisement as empathic failure. In K. Doka (Ed.), *Disenfranchised grief*. San Francisco: Jossey Bass.
- NEIMEYER, R. A., & LEVITT, H. (2001). Coping and coherence: A narrative perspective on resilience. In R. Snyder (Ed.), *Coping with stress* (pp. 47-67). New York: Oxford.
- PARKES, C. M. (1996). *Bereavement* (2 ed.). London & New York: Routledge.
- PASTERNAK, R. B., REYNOLDS, C. F., & SCHLEMITZAUER, M., et al. (1991). Acute open-trial nortriptyline therapy of bereavement-related depression in late life. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 307-310.
- PRIGERSON, H. G., BEIRHALS, A. J., KASL, S. V., REYNOLDS, C. F., & al., e. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry* 154, 616-623.
- PRIGERSON, H. G., BIERHALS, A. J., & KASL, S. V., et al. (1996). Complicated grief as a distinct disorder from bereavement-related depression and anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1484-1486.
- PRIGERSON, H. G., BRIDGE, J., & MACIEJEWSKI, P. K. e. a. (1997). Traumatic grief as a risk factor for suicidal ideation among young adults. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1994-1995.
- PRIGERSON, H. G., FRANK, B., KASI, S., REYNOLDS, C., & al., e. (1995). Complicated grief and bereavement related depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*, 152, 22-30.
- PRIGERSON, H. G., & JACOBS, S. C. (2001). Caring for Bereaved Patients: 'All the Doctors Just Suddenly Go...'. *Journal of the American Medical Association*, 286, 1369-1376.
- PRIGERSON, H. G., & JACOBS, S. C. (2001). Diagnostic criteria for traumatic grief. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research* (pp. 6 14-646). Washington, DC: American Psychological Association.
- PRIGERSON, H. G., MACIEJEWSKI, P., REYNOLDS, C. F., BEIRHALS, A. J., & al., e. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 65-79.
- PRIGERSON, H. G., SHEAR, M. K., BIERHALS, A. J., WOLFSON, L., EHRENPREIS, L., & REYNOLDS, C. I. (1997). Case histories of complicated grief. *Omega*, 35, 9-23.
- PRIGERSON, H. G., SHEAR, M. K., FRANK, B., SILBERMAN, R., & REYNOLDS, C. F., III. (1997). Clinical case conference: traumatic grief: a case of loss-induced distress. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1003-1009.
- PRIGERSON, H. G., SHEAR, M. K., & JACOBS, S. C., et al. (1999). Consensus criteria for traumatic grief: A preliminary empirical test. *British Journal of Psychiatry*, 174, 67-73.
- RANDO, T. A. (1995). Grief and mourning: Accomodating to loss. In H. Wass & R. A. Neimeyer (Eds.), *Dying: Facing the facts* (pp. 211-241). Washington, DC: Taylor and Francis.
- REYNOLDS, C. F. I., MILLER, M. D., & PASTERNAK, R. B., et al. (1999). Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: a controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 156, 202-208.
- ROMANOFF, B. D., & TERENCE, M. (1998). Rituals and the grieving process. *Death Studies*, 22, 697-711.
- ROOS, S. (2002). *Chronic sorrow*. New York: Brunner Routledge.
- ROSENBLATT, P. (2000). *Parent grief Narratives of loss and relationship*. Philadelphia: Brunner Mazel.
- SEWELL, K. (1997). Post-traumatic stress: Towards a constructivist model of psychotherapy. In G. J. Neimeyer & R. A. Neimeyer (Eds.), *Advances in personal construct psychology* (vol. 4), pp. 307-335. Greenwich, CT: JAI Press.
- SILVERMAN, G. K., JOHNSON, J. G., & PRIGERSON, H. G. (2001). Preliminary explorations of the effects of prior trauma and loss on risk for psychiatric disorders in recently widowed people. *Israel Journal of Psychiatry*, 38, 202-2 15.
- STROEBE, M., & SCHUT, H. (1999). The Dual Process Model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.
- TEDESCHI, R., PARK, C., & CALHOUN, L. (Eds.). (1998). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum.
- VAN DER KOLK, B., & VAN DER HART, O. (1991). The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago*, 48, 425-454.
- WALTER, T. (1999). *On bereavement: The culture of grief*. Philadelphia: Open University Press.
- WHEELER, I. (2001). Parental bereavement: The crisis of meaning. *Death Studies*, 25, 51-66.

“NO LO ENTIENDO”: LA BÚSQUEDA DE SENTIDO EMOCIONAL Y COHERENCIA PERSONAL ANTE UNA PÉRDIDA TRAUMÁTICA DURANTE LA INFANCIA.

Lynne Angus, Ph.D., C.Psych & Beverley Bouffard, H.B.A.,
York University, Toronto, Ontario. Canada

The narrative organization of distressing emotional responses and states facilitates a reflexive processing of emotional memories which can then be explored from different relational vantage points or perspectives. In particular, it appears that shifts to internal (emotional differentiation) and reflexive (meaning-making) modes are key to the emergence of new, more satisfying and coherent ways of understanding old stories. Greenberg (2002) has argued that effective Process Experiential therapists operate as emotion coaches for their clients. On the basis of the current analysis, it would appear that the therapist shifts to both emotional differentiation and reflexive meaning-making are essential for productive therapy.

Key words: Experiential psychotherapy, emotional differentiation, reflexive meaning-making, narratives, emotional distress; unfinished business.

Introducción

Para los terapeutas experienciales y gestálticos, las situaciones no resueltas representan aquella parte de las preocupaciones del cliente que se desarrollan como resultado de interacciones con personas significativas que en su momento fueron conflictivas y/o traumáticas. Una característica definitoria de una situación no resuelta basada en un hecho traumático es la sensación de estar atrapado en un dilema emocional agotador e irresoluble. Por una parte, se siente la necesidad imperativa de liberar completamente al *self* de los recuerdos traumáticos y de no dejarse sentir vulnerable ante emociones dolorosas ligadas a la experiencia. Por otra, ocurre que toda una serie de situaciones cotidianas desencadenan inexplicablemente recuerdos traumáticos y/o que emociones angustiantes como el miedo, la ira, la tristeza o la rabia, evocadas en el contexto de las relaciones actuales.

Por otra parte, aparece también la acuciante sensación de que para cerrar el

episodio es necesario abordar de nuevo las circunstancias del hecho traumático de tal manera que sea posible construir un relato comprensible, llevadero y emocionalmente coherente, tanto del episodio en sí como de sus secuelas, e integrarlo en el sentir de uno mismo y de su historia vital. Es precisamente esta búsqueda de coherencia y entendimiento que impulsa a los supervivientes de traumas a contar y volver a contar su historia, una y otra vez, a cualquiera que les escuche. Es en este acto de contar y volver a contar que se pueden expresar emociones dolorosas e integrarlas en un relato narrativo coherente de “lo que sucedió”. Relatar el trauma también permite al superviviente obtener el apoyo y la atención de los demás, así como reinstaurar un sentido de seguridad personal y de conexión con sus cuidadores. Y es que crear una narrativa coherente del trauma ayuda a que éste pueda ser un tema cerrado, concluido de alguna manera, lo cual es de vital importancia. El superviviente del trauma puede mirar entonces hacia atrás y reflexionar sobre la experiencia traumática y, a partir de ese punto, empezar a construir una comprensión que le resulte personalmente más completa y congruente sobre cómo encajar dicha experiencia en el marco de sus relaciones pasadas y actuales, así como en su historia vital global.

Por el contrario, cuando no existe un apoyo comunitario, o cuando queda prohibido relatar la historia del trauma – como a veces es el caso en situaciones de abuso sexual o suicidio de familiares durante la infancia-, la experiencia traumática permanece “en bruto” y se mantiene activa de forma disruptiva en el devenir de la vida de la persona. Desde una perspectiva narrativa, una situación traumática no resuelta representa la “historia rota” por excelencia o aquella narrativa incoherente en la que los pensamientos y sentimientos del cliente sobre el suceso traumático han permanecido fragmentados, desconectados y “no comprendidos”. Las memorias traumáticas de pérdidas presentan pues resistencia a la asimilación con las visiones previas de uno mismo y de los otros en el mundo. No es de extrañar que experiencias de separación temprana, abandono, trauma, abuso o pérdida durante la infancia a menudo se relacionen con situaciones no resueltas más tarde (Greenberg & Foerster, 1996) y reacciones de duelo no resuelto.

EL MODELO DE PROCESO NARRATIVO Y LA PÉRDIDA TRAUMÁTICA EN LA INFANCIA

El modelo de proceso narrativo (Angus, Levitt & Hardtke, 1999) se basa en el supuesto básico de que negociamos el sentido de nosotros mismos a través del contacto y las experiencias con otros. Este modelo entiende que la identidad personal consta de narrativas emocionalmente significativas sobre recuerdos autobiográficos que representan creencias nucleares sobre uno mismo y los demás. El tono emocional más destacado de la narrativa de un recuerdo autobiográfico – rabia, tristeza, alegría o miedo- parece ser la conexión asociativa primaria que liga un recuerdo a otro. En consecuencia, cada tipo de emoción implícita, con los

recuerdos que contiene, se convierte en un cristal con el que clasificamos, almacenamos y damos sentido a nuestras nuevas experiencias interpersonales con los demás.

Si los recuerdos personalmente significativos están marcados por la expresión y evocación de emociones, la importancia de las emociones sólo se puede entender cuando se ordenan en un marco narrativo que identifica lo que se siente, hacia quién y en relación a qué necesidad o cuestión. Para poder generar la narrativa coherente de un recuerdo sobre una experiencia vivida, tiene que darse una correspondencia entre las emociones sentidas y las acciones llevadas a cabo en la situación. En el caso de recuerdos basados en traumas, las emociones sobrecogedoras y contradictorias que se experimentan en relación a los hechos devastadores resisten a la asimilación con formas previas de esquematizar emociones y estructurar historias.

Cuando un niño sufre la muerte por suicidio de uno de los padres, la cuestión de quién es el responsable de la horrible pérdida es de crucial importancia ya que se ponen en tela de juicio las propias motivaciones y acciones, así como las de los demás. Necesidades de apego básicas como obtener un cuidado seguro y digno de confianza, caen por tierra y un profundo sentido de traición, duelo y pérdida puede persistir años después de la muerte del otro significativo. Las memorias emocionales de la escena traumática presentan disyunción en relación a esquemas emocionales preexistentes y desencadenan una desorganización del sentido de sí mismo anterior y posterior al trauma. Es como si, para encontrar una forma de seguir viviendo, se produjera una desconexión repentina entre el niño que existía antes del suicidio y la persona que emerge tras la devastadora pérdida. Por tanto, al trabajar con clientes que padecen situaciones no resueltas ligadas a una pérdida traumática y repentina, es necesario reconocer, relatar y entender no solo el recuerdo del trauma sino también el impacto emocional que dicha pérdida ha producido a lo largo de la vida de la persona. Observaremos a veces que sentimientos como la amargura, el resentimiento, la rabia o la vergüenza impregnan las historias que cuenta la persona sobre su padre o madre muertos, reflejando la profunda sensación de traición que experimenta el *self* superviviente.

Desde el punto de vista del modelo de proceso narrativo (Angus, Levitt & Hardtke, 1999), para superar una situación no resuelta de origen traumático es fundamental hacer accesible y articular el mundo de las emociones, creencias, expectativas, necesidades y metas del cliente –lo que Jerome Bruner (1990) denominaba escenario de la conciencia–. Descentrarse reflexivamente de la experiencia traumática para luego acercarse de nuevo a ella desde distintas perspectivas relacionales, facilita la articulación de nuevas formas de entender el *self* en relación a los otros. Procesar de manera reflexiva emociones, creencias, esperanzas, necesidades, motivaciones, intenciones y metas –e incluirlas en la narrativa del trauma– permite entender y aceptar plenamente la experiencia como parte de la historia vital. En esencia, es la integración del escenario de la acción –la descripción secuencial

y lineal de un hecho, que responde a la pregunta de qué ocurrió– con el escenario de la conciencia –respuestas internas de uno mismo y los demás que conciernen a la cuestión de qué se sintió y qué significa– lo que hace posible construir un relato narrativo coherente y lleno de sentido de nuestras experiencias interpersonales con los otros en el mundo.

Para facilitar un relato coherente de experiencias vitales clave, es imprescindible elaborar y diferenciar significados emocionales y comprensiones personales –escenario de la conciencia– en el marco de un relato narrativo detallado de los hechos traumáticos y de su impacto en la vida del cliente (escenario de la acción). Tanto el cliente como el terapeuta consiguen este objetivo colaborando juntos en tres modos distintos de indagación:

- 1) *Modo narrativo externo*, que conlleva la descripción y elaboración de memorias autobiográficas traumáticas, respondiendo a la pregunta de qué pasó –escenario de la conciencia–;
- 2) *Modo narrativo interno*, que implica la descripción y elaboración de emociones dolorosas y experiencias a nivel corporal conectadas al recuerdo traumático, abordando así la cuestión tanto de qué sintió la persona durante el episodio, como de qué siente en el momento actual de su vida y/o durante la sesión de terapia, al recordar la experiencia. Y finalmente,
- 3) *Modo narrativo reflexivo*, que conlleva el análisis reflexivo de las cuestiones ligadas a lo que ocurrió en el episodio (externo) y a lo que se sintió (interno), respondiendo a la pregunta de qué significa todo ello para la persona y contribuyendo así a la articulación de un escenario de la conciencia.

En resumen, los modos de proceso narrativo no son más que componentes esenciales de una manera de construir significado distintiva del ser humano con la que creamos, mantenemos y, si es necesario, revisamos nuestro propio sentido en el mundo.

Para poder llevar a cabo un estudio empírico de los procesos narrativos en psicoterapia, se desarrolló un método sistemático para identificar parámetros del discurso de la terapia asociados a cambios de modo en el proceso narrativo (Angus & Hardtke, 1994; Angus, Levitt, & Hardtke, 1999). El Sistema de Codificación de Procesos Narrativos (*Narrative Processes Coding System NPCS*¹) y el manual revisado (Angus, Hardtke & Levitt, 1996) ha surgido del análisis intenso de transcripciones de psicoterapias. El manual del Sistema de Codificación de Procesos Narrativos también ha sido recientemente traducido al español (Angus, L., Hardtke, K., Levitt, H., Botella, L., & Herrero, O., 1999). El Sistema de Codificación de Procesos Narrativos proporciona a los investigadores un método sistemático y racional para unificar las transcripciones de terapias, independientemente de la modalidad de terapia. El Sistema de Codificación de Procesos Narrativos consiste en un proceso de dos etapas que permite al investigador: 1) subdividir en segmentos

temáticos y caracterizar de manera fiable transcripciones de sesiones, de acuerdo a giros de contenido que se dan en el diálogo; y 2) subdividir y caracterizar a su vez dichos segmentos temáticos en términos de uno de los tres modos de proceso narrativo. A) secuencias de proceso narrativo externo que incluyen la descripción de hechos (pasados, presentes y/o futuros; reales o imaginados); B) secuencias de proceso narrativo interno que incluyen una descripción subjetivo-vivencial de la experiencia; y C) secuencias de proceso narrativo reflexivo que implican procesos de cuestionamiento recursivo y de construcción de significado relacionados con creencias, acciones y emociones representadas en hechos actuales, pasados y/o futuros.

Para proporcionar un muestreo adecuado del discurso de la terapia, de cara a la valoración del proceso terapéutico, la aplicación estándar del Sistema de Codificación de Procesos Narrativos requiere que cada secuencia identificada contenga como mínimo 4 líneas de transcripción. El Sistema de Codificación de Procesos Narrativos ha demostrado tener tanto validez de constructo como buenos niveles de acuerdo entre evaluadores en una serie de estudios recientes sobre procesos psicoterapéuticos (Hardtke, Levitt & Angus, en prensa; Gonçalves, Machado, Korman & Angus en prensa; Levitt, Korman & Angus, 2000; Gonçalves, Korman & Angus 2000; Levitt & Angus 2000; Angus, Levitt & Hardtke 1999; Levitt, Korman, Angus & Hardtke 1997; Angus & Hardtke 1994). Para el presente estudio, utilizaremos un análisis fino de los cambios de patrón en las secuencias narrativas -similar al procedimiento adoptado por Latilla (Latilla, Altonen, Wahlstrom & Angus, 2001)- y lo aplicaremos a una selección de pasajes extraídos de sesiones de terapia. Este tipo de análisis de los factores del proceso psicoterapéutico es similar al procedimiento que utilizan Lluís Botella y su equipo de investigación en Barcelona, España (Botella & Herrero 2000; Herrero & Botella, 2002, del mismo volumen). En consecuencia, en este trabajo nos centraremos en analizar cambios de modo narrativo más que secuencias extensas.

Método: Estudio de York sobre situaciones no resueltas

Los participantes del estudio de York sobre situaciones no resueltas (Greenberg, 1992) se reclutaron a través de publicidad radiofónica y escrita en la que se anunciaba un proyecto de investigación que ofrecería consulta psicológica de forma gratuita para personas con problemáticas emocionales no resueltas con “una persona significativa”. De las más de 250 personas que respondieron, se aceptaron 42 clientes para el estudio; 38 empezaron tratamiento de psicoterapia breve, 6 de los cuales no terminaron el proceso por diferentes razones, dejando una población de 32 clientes de la que se extrae la muestra para el presente trabajo.

Cliente

Álex –pseudónimo que utilizaremos durante este artículo– tenía 12 años cuando su madre se suicidó mediante una sobredosis de drogas. Una nota de suicidio dejaba bien claro que había ingerido una sobredosis deliberadamente pero no daba ninguna razón específica que explicara la decisión de quitarse la vida. Alexander fue el primero en descubrir el cuerpo de su madre, y en el momento de la evaluación pre-tratamiento presentaba síntomas de Estrés Postraumático. Este cliente tenía 35 años en el momento de solicitar tratamiento y expresaba deseos de “*encontrar una mejor manera de aceptarme a mí mismo y estar a gusto conmigo*”. Decía padecer de forma crónica sensaciones de ansiedad, inseguridad y vergüenza, a pesar de tener éxito en los negocios y un matrimonio estable. Álex mostraba también intensas emociones de rabia y resentimiento hacia su madre –20 años después de su muerte– por lo que reunía los criterios de una situación no resuelta. Contaba que le resultaba muy difícil vivir con el vergonzoso secreto del suicidio de su madre y que no era capaz de contar a los demás las circunstancias de su muerte. Terminó un proceso de 15 sesiones de terapia breve experiencial y todas las sesiones fueron transcritas como parte un estudio de proceso y resultado (Greenberg & Angus, 1994). Su puntuación SCL-90 antes del tratamiento era de 81 (total global), o GSI 0.90; al final el tratamiento era de 35 o 0.39, y tres meses después era de 56 o 0.62.

Terapeuta

La terapeuta que trabajó con Álex era una estudiante de doctorado en psicología clínica de cerca de 40 años, con tres años de experiencia clínica y un año de formación en el método de la silla vacía.

Psicoterapia experiencial de proceso y cambio narrativo

La psicoterapia experiencial de proceso es un tipo característico de terapia constructivista enfocada en las emociones y que parte de la integración de la terapia *Gestalt* y la terapia centrada en el cliente. Por ello, parte de la creencia en la capacidad innata del ser humano para desarrollar una conciencia autorreflexiva y en su tendencia hacia el crecimiento positivo y la autorrealización (Greenberg, Rice & Elliott, 1993). Si el enfoque de la *Gestalt* proporciona una serie de intervenciones diseñadas para hacer aflorar pensamientos, sentimientos y conductas problemáticos, la terapia centrada en el cliente pone atención en el acompañamiento empático, genuino y positivo del cliente para que éste relate sus experiencias emocionales más destacadas.

El proceso de resolución de situaciones no resueltas mediante el diálogo de la silla vacía ha sido rigurosamente descrito (Greenberg et al., 1993) y verificado empíricamente (Paivio & Greenberg, 1995). Un componente clave de la terapia experiencial de proceso es el diálogo de la silla vacía, una técnica psicoterapéutica que tiene sus orígenes en la terapia *Gestalt* (Perls, Hefferline & Goodman, 1951).

El diálogo de la silla vacía es un tipo específico de intervención diseñada para ayudar al cliente a superar su dificultad para procesar información afectiva mediante la confrontación con su “otro significativo” imaginado, encontrando así formas de estar en paz con la situación no resuelta, y en algunos casos pudiendo construir una nueva historia sobre dicha situación.

En este tipo de intervención, los terapeutas adoptan un estilo empático y, una vez establecida una buena alianza, introducen el diálogo de la silla vacía cuando detectan un marcador de situación no resuelta. Un marcador típico se da cuando el cliente expresa sentimientos persistentes no resueltos hacia una persona significativa, o cuando acusa memorias dolorosas de la infancia. Dichos momentos en la terapia suelen ir acompañados de la expresión interrumpida de rabia hacia tratamientos anteriores y/o de conductas no verbales como llorar intensamente o retener la propia respiración. Un elemento esencial de este proceso de contacto vívido con el otro imaginado es la creación de un nuevo ajuste ante la situación mediante el reordenamiento de las memorias emocionales del cliente y la aparición de una nueva visión de uno mismo y de los otros. Se considera la activación emocional (Greenberg & Korman, 1994) como un mecanismo clave para evocar recuerdos significativos y la toma de consciencia de las estructuras esquemáticas sobre uno mismo y los demás.

El uso de la silla vacía junto con dos intervenciones en la terapia experiencial de proceso facilitan que el cliente pueda acercarse de nuevo a las emociones que van ligadas a la memoria del hecho traumático, y a las consecuencias negativas que de él se derivaron, de tres maneras significativas. En primer lugar, el terapeuta ofrece apoyo al cliente para que éste pueda contar sus historias de pérdida y trauma en el marco de una relación segura y cuidadora. La capacidad del terapeuta para atender de forma empática a las preocupaciones clave del cliente es esencial para el desarrollo de una fuerte alianza terapéutica y de una confianza básica en la persona del terapeuta.

En segundo lugar, se ayuda al cliente a relatar las emociones únicas vivenciadas en el marco de la memoria traumática del suicidio y a diferenciarlas de las emociones experimentadas en relación a las terribles pérdidas acaecidas como consecuencia de la muerte auto-infligida de la madre. Concretamente, el terapeuta contribuye al relato del cliente sobre sus experiencias de pérdida y trauma induciendo cambios de foco en el proceso terapéutico hacia A) el modo narrativo externo, para articular de forma más completa el escenario de la acción y elaborar mejor “lo que ocurrió” y B) hacia los modos narrativos interno y reflexivo para profundizar en la elaboración del escenario de la consciencia, y facilitar la construcción de significados emocionales así como la aparición de nuevas perspectivas sobre uno mismo y los otros en el mundo. A su vez, la diferenciación y organización narrativa de emociones dolorosas permite que el cliente explore y simbolice reflexivamente, desde distintas perspectivas relacionales, nuevos significados emergentes sobre el

trauma y la pérdida.

En el presente análisis de caso, la primera perspectiva desde la que se exploró en las sesiones terapéuticas fue la del niño traumatizado que fue el primero en descubrir el cuerpo muerto de su madre. El segundo punto de vista adoptado fue el del “*self* superviviente” adulto que consiguió encontrar una manera de vivir en el escenario de la pérdida, surgido tras la muerte de su madre. El tercer punto de vista explorado fue el de la madre desaparecida. Se invitó a Álex, el cliente, a poner en la silla vacía una representación imaginaria de su madre y dar voz a las respuestas de ésta ante sus relatos sobre la pérdida y el implacable sentimiento de dolor. Esta etapa permitió que emergiera la historia de la madre y la firmeza de su amor por sus hijos, así como su profundo pesar y arrepentimiento por el impacto que el suicidio había tenido en ellos. En este diálogo el cliente pudo dar voz a la historia de la madre sobre el suicidio y explorar las posibles motivaciones o creencias que llevaron a ésta a matarse. En el presente trabajo nos centraremos en el papel que juegan el relato de historias, la expresión emocional y la construcción de significado en la elaboración de las tres perspectivas relacionales.

La tercera etapa de la construcción narrativa consiste en el trabajo hacia la integración del *self* pre- y post-trauma, en la que se recogen y elaboran los recuerdos antes olvidados sobre una madre cariñosa y cuidadora. Estas narrativas de recuerdos agradables, junto con la construcción de un relato plausible sobre las motivaciones, acciones y emociones experimentadas por la madre suicida, proporcionan un relato más diferenciado y compasivo de la historia de ésta. A su vez, Álex empieza a elaborar una nueva visión de sí mismo en la que ahora se ve como el hijo querido y deseado de una madre cariñosa aunque profundamente perturbada.

Primera fase: contar la historia

Ante todo, la terapeuta de proceso experiencial ayuda al cliente a describir sus vivencias fragmentadas del trauma y a detallar el legado de pérdidas y devastaciones surgidas tras la muerte de su madre. De acuerdo con su papel en una terapia experiencial de proceso, la terapeuta se muestra como una persona digna de confianza, que ofrece apoyo y escucha de forma empática al cliente y le anima a que exprese y relate sus emociones, validando en todo momento la importancia de su esfuerzo para lograr mayor comprensión, auto-aceptación y, cuando ello es posible, el perdón.

Para Alex, la oportunidad de contar su historia fue de particular importancia ya que tanto él como sus hermanos habían recibido siempre, por parte de los familiares, el mensaje de que no debían hablar de la muerte de su madre ni entre ellos, ni con amigos. La muerte de la madre siempre había sido vivida como un secreto doloroso y vergonzoso al que era mejor no referirse. Durante la tercera sesión de terapia, al dirigirse a su madre en la silla vacía, Álex elabora un recuerdo genérico:

Cliente: *nunca hablamos de ti después de tu muerte. Era como algo que siempre estaba ahí. Papá nunca habló de ti aunque te echaba mucho de menos. Era muy doloroso para mí oírle llorar por ti en sueños, llorando por ti y llorando porque se sentía tan mal porque habías hecho lo que [T: hmm...] él no sabía, no sé si él sabía por qué hiciste lo que hiciste, nunca habló de ello. No creo que lo supiera. Se metió en un callejón, en un callejón auto-destructivo para matarse, le costó diez años después de que tú murieras poder hacerlo, pero al final también lo logró.*

Cuando la terapeuta reconoció la enormidad de la pérdida de ambos padres, Álex dijo:

“Creo que nunca he tenido el privilegio de siquiera poder aceptarla, incluso en el seno de mi familia, la pérdida. Simplemente se suponía que las cosas seguían su curso alegremente después de aquello.”

La confirmación de que nunca había tenido la oportunidad de contar su historia de trauma y pérdida sentaba las bases para una exploración intensa de los hechos traumáticos y una descripción tanto de lo que ocurrió como de su vivencia ante los hechos.

Segunda fase: la escena del suicidio y la historia de terror e incredulidad del niño

El suicidio de un padre o una madre es una experiencia muy traumatizante, especialmente durante la niñez. Para poder llegar a una comprensión significativa y coherente de “lo que ocurrió”, Álex tuvo que empezar por relatar la terrible experiencia de un niño que descubre el cuerpo muerto de su madre y distinguir esa experiencia del devastador impacto emocional que resultó del suicidio. Ante la muerte repentina e inesperada de uno de los padres, los niños experimentan terribles sentimientos de pena y tristeza, miedo al abandono y un profundo sentido de rotura de la confianza o de traición de la seguridad, justicia y bondad del mundo. Además, generalmente ocurre que se deja solos a los supervivientes de un suicidio paterno ante la pregunta de por qué su padre o madre escogió abandonarles en la infancia.

En la tercera sesión, Álex empieza a relatar los recuerdos que conserva sobre el momento en que encontró a su madre en la casa familiar, poco después de que hubiera cometido suicidio. En la siguiente secuencia, la terapeuta ofrece apoyo empático al cliente para que éste A) describa con detalle la secuencia de los hechos que caracterizaban la escena del suicidio (escenario de la acción; secuencias de narrativa externa) y B) diferencie emociones, intenciones, sensaciones vivenciadas en el contexto de la escena (escenario de la conciencia; giros secuenciales hacia la narrativa interna y reflexiva) y C) construya nuevos significados emocionales durante las sesiones, trabajando con diálogos de la silla vacía. Es la integración del escenario de la acción y de la conciencia lo que facilita la construcción de una narrativa coherente de la memoria.

Tercera sesión

C: *Es que no puedo saber, porque las imágenes de algunas de esas cosas están tan claras en mi mente y fue hace tanto tiempo* (cambio hacia un modo de narrativa externa y descripción de la memoria de un solo hecho) *y le dije esto a mi hermana ayer, esa noche está tan clara para mí.* [T: *la noche en que ella murió*]

C: *la noche en que se mató. Está tan clara, puedo recordarlo todo* [T: *como si hubiera ocurrido ayer*]

C: *la otra cosa que me asustó mucho* (diferenciación emocional)... *este verano fue ... si vas al campo, y no sé si tú vas mucho por ahí, pero una cosa que había olvidado al vivir en la ciudad es que aquí continuamente hay ruido, hay ruido sin parar.*

C: *y recuerdo* (cambio de foco hacia un recuerdo de infancia) *y era como si me viniera a la mente una imagen muy clara de mí de pequeño, y la odio, quiero decir que la odio* (cambio de foco hacia una diferenciación interna/emocional). *Recuerdo la noche en que mi madre murió, así es como fue* (emergencia del recuerdo de un hecho único dentro de la escena de suicidio y cambio de foco hacia narrativa externa / escenario de la acción). *Yo estaba dando un paseo y mi hermano y mi hermana, en principio mi hermana estaba haciendo de canguro de mi hermano en casa, y eemhh, había silencio y yo pensaba que estaban a punto de saltar y hacerme “uuh!”, ¿sabe?, cosas de niños* [T: *hmm...*]

C: *así que iba de puntillas por la acera y abrí la puerta de la entrada con mucho cuidado y escuché, pero seguía sin oírse nada, sólo el sonido de mis tímpanos* (cambio de foco hacia lo interno / escenario de la conciencia) [T: *ese silencio ensordecedor*] (reflejo evocativo de la terapeuta sobre la experiencia interna)

C: *tan silencioso, y yo pensando* (cambio hacia lo reflexivo / escenario de la conciencia) *esto es absurdo, esto es totalmente de locos, porque a estas horas ya me habrían saltado encima y pegado el susto del siglo y ya estaríamos todos riendo* [T: *hmm...*]

C: *y nos estaríamos pegando o lo que sea que hacen los críos. Y recuerdo entrar* (cambio a lo externo) *y seguir sin oír nada, y pensaba esto es realmente divertido* (cambio a reflexivo / escenario de la conciencia), *y me quité las botas y me agaché para ir hacia la cocina y primero vi el pie de mi madre y* (giro a lo interno) *estaba en un estado de choque absoluto y sin saber qué hacer* [T: *y tu corazón casi se paró*] (elaboración evocativa de la terapeuta sobre la experiencia interna del cliente)

C: (cambio hacia un modo narrativo externo) *y empecé a gritar porque pensaba que mi hermana estaría ahí y empecé a chillar llamando a mi hermana y entonces vi que había una nota sobre la mesa diciendo que*

estaba en casa de mis tíos en una fiesta de año nuevo y que mi hermano pequeño estaba durmiendo ahí y (cambio reflexivo / escenario de la conciencia) todo así, porque había toda esa confusión también como niño y tenía miedo de llamar a alguien porque ya sabes que tus asuntos se quedan entre las cuatro paredes de tu casa así que [T: claro, claro] me pareció que pasaron diez horas, estoy seguro que fueron diez minutos pero parecían diez horas.

T: así que entraste y viste lo que en realidad había ocurrido (la terapeuta invita a un retorno a la diferenciación de la escena del suicidio y a un cambio hacia la narrativa externa / escenario de la acción).

C: intenté despertarla, pensé que quizá solo se había, ya sabes [T: quién sabe de esas cosas cuando se es niño] y me pongo a sacudirla y sacudirla e intento despertarla,

C: y pensaba (cambio hacia la reflexión / escenario de la conciencia) sabes, oh Dios, qué hago, a quién llamo, qué hago [T: hmm...] C: así que lo primero que hice fue (cambio de nuevo a lo externo / escenario de la acción), llamé a mi tío y vino con mi hermana porque claro dije que, no sé lo que dije, no tengo ni idea y por supuesto cuando entró (giro reflexivo / escenario de la conciencia) mi corazón también está con él porque no te puedes imaginar como adulto, yo mismo ahora entrando en casa y ver una situación así con tu familia [T: sí]

A lo largo de esta secuencia, tanto el cliente como la terapeuta colaboran en la construcción de un relato detallado del desarrollo de la escena del trauma en el contexto de un marco narrativo con un principio, una fase intermedia y un final claros. Todo ello proporciona además una escena y un contexto claros para las experiencias internas tanto del protagonista (Álex,) como de otros significativos (el tío) implicados en el hecho. Por primera vez, empieza a tomar forma para Álex una narrativa coherente del recuerdo del trauma. Por otro lado, el continuo paso del modo narrativo externo al interno o reflexivo entreteje perfectamente el desarrollo narrativo de los hechos con las emociones, intenciones y expectativas que Álex experimentó en el momento de la muerte de su madre.

El siguiente ejemplo de una intervención de silla vacía en la séptima sesión, demuestra el importante papel que juegan las reflexiones empáticas y preguntas o sugerencias selectivas de la terapeuta a la hora de ayudar a Álex a articular con mayor profundidad el escenario de la conciencia – emociones y significados – en relación a la pérdida de su madre. En esta secuencia, la terapeuta invita primero a un cambio de foco hacia un modo de narrativa externa – describiendo la escena del trauma – y seguidamente anima al cliente a elaborar emociones sentidas – modo narrativo interno. El cliente pasa repetidamente de la descripción de los recuerdos de la escena del suicidio a las emociones que sentía en respuesta a dichas imágenes terroríficas. En este baile terapéutico, la terapeuta se deja guiar empáticamente por

el cliente y facilita la expresión de emociones dolorosas y miedos profundos. Finalmente, el cliente pasa a un modo cuestionador y reflexivo al término de la secuencia, en un intento de llegar a la comprensión de esta experiencia traumática.

Séptima sesión

T: *cuéntale* (a ella) *lo que recuerdas de las cosas, los recuerdos* (la terapeuta invita a un cambio de foco hacia un modo de narrativa externa)

C: *el horror y el terror* (lágrimas) (el cliente focaliza en emociones sentidas –modo narrativo interno– experimentadas en respuesta a imágenes internalizadas de la madre en la escena de suicidio)

T: *déjalo ir* (la terapeuta adopta el foco del cliente hacia emociones sentidas en el modo interno y diferencia el miedo, el terror y el horror) *cuéntale sobre tu miedo* (el cliente coge un pañuelo) *el horror y el terror* (p:00:00:07) *permanece con él, lo estás haciendo bien ¿qué recuerdas? Cuéntale cómo es para ti. Es importante ...*

C: (llorando) *siento que estas memorias son absolutamente aterradoras y son cosas que nunca debería haber visto* [T: *cuéntaselo a ella*] *está tan grabado en mi memoria que no lo puedo borrar. Cuando pienso en ti ni siquiera puedo pensar en ti porque solo te recuerdo....*

T: *cuéntale lo que ves* (la terapeuta invita a un cambio hacia el modo narrativo externo para elaborar la imagen de la escena traumática)

C: *todo lo que veo es a ti estirada ahí... no me lo puedo creer y no te despiertas* (cambio a modo reflexivo y elaboración de sensaciones que se suceden en la escena del suicidio)

T: *no se despierta. ¿Cómo te sientes tú?* (la terapeuta invita a un cambio hacia el modo narrativo interno)

C: *Tengo tanto miedo* (el cliente pasa a la diferenciación interna/emocional)

T: *Estoy aterrizado* (diferenciación emocional y reflejo empático de la terapeuta) *está bien, sigue respirando. Estoy aterrizado. ¿Qué pasa ahora?* (la pregunta de la terapeuta invita al cliente a elaborar la experiencia interna)

C: *total incredulidad* – (el cliente pasa al modo reflexivo) *¿cómo has podido, cómo has podido...?*

T: *o sea.. cómo has podido hacer esto* (la terapeuta invita al cliente a confrontarse directamente con la madre mediante sus preguntas reflexivas con las que busca entender y encontrar significado) *Cuéntale esto*

C: *No entiendo bien por qué lo has hecho*

T: *sigue con esos recuerdos – y qué quieres decirle? /C: (pausa: 00:00:15)*

T: *qué estás sintiendo ahora?* (la terapeuta invita al cliente a elaborar emociones sentidas y pasa al modo narrativo interno)

C: (p: 00:00:15) (el cliente continúa en el modo narrativo reflexivo) *Estoy pensando que.. eehm, cómo puede ser que yo, cómo puede ser que algo que ocurrió hace tanto tiempo me afecte tanto todavía.*

Es importante decir que tras este relato del trauma en la tercera sesión, Álex volvió a la escena del suicidio en varias ocasiones, en sesiones posteriores. Era como si su punto de vista sobre la escena del suicidio cambiara con el tiempo y que pudiera encontrarle un nuevo significado cada vez que volvía a relatarlo. Concretamente, parece que fue de gran importancia pasar diversas veces del punto de vista del niño traumatizado – atrapado en el desarrollo de la escena del suicidio – al del “*self* superviviente” adulto que está resentido y enrabado con los actos de la madre, para poder articular e integrar los significados, emociones, sensaciones y creencias experimentados a través del tiempo y de las situaciones.

Tercera fase: el escenario de la pérdida y la historia de vergüenza y resentimiento del superviviente

El *self* superviviente no se permite pasar demasiado tiempo con los sentimientos de desesperanza, impotencia y desesperación que surgen ante los recuerdos de una madre cariñosa y ante el intenso dolor que supone no contar con ella en la vida. Por lo contrario, el *self* está movilizado por la rabia, el resentimiento y una gran autoexigencia por ser justo – intentando justificar lo terriblemente injusto – en oposición a una madre vista como negligente, despreocupada e irresponsable. Desafiar la percepción que el cliente tiene sobre su madre – percepción que surgió a raíz del suicidio – significa desestabilizar el sentido que tiene de sí mismo como luchador fuerte que se asegura constantemente de que nada ni nadie le cause nunca más ningún dolor de tal envergadura, ni le destruya la vida de esa manera.

A lo largo de la vida, el adulto superviviente de un suicidio en la familia puede desarrollar un fuerte resentimiento por la múltiples dificultades y desafíos que ha tenido que afrontar sin contar con el apoyo o el amor de la madre. El niño puede incluso cuestionar y dudar de que realmente existiera un contacto amoroso – y dudar de los recuerdos – entre él y sus padres, antes del suicidio. Por ello se ofrece apoyo al cliente para que dé voz a los sentimientos de rabia, resentimiento y dolor – desde la perspectiva del *self* superviviente – que emergieron tras la muerte repentina de la madre. Mediante el diálogo de la silla vacía, se trabaja con especial atención para que el cliente pueda contar a su madre la historia de sus emociones dolorosas y se le anima a que la haga responsable a ella de las consecuencias de la pérdida derivadas de su suicidio.

Al hacer responsable a su madre de las consecuencias negativas de la pérdida repentina, mediante el trabajo con la silla vacía, Álex pudo desenmarañar la mezcla confusa de emociones que sintió como niño en relación a su muerte y que ha vivido como adulto ante la falta constante de su presencia. Concretamente, fue capaz por primera vez de diferenciar la desesperanza, el miedo y el horror que experimentó en

el contexto del suicidio de la vergüenza, la rabia y el resentimiento que surgieron en respuesta al devastador impacto que la muerte de su madre tuvo sobre su vida y la de su familia.

En los siguientes pasajes, Álex dialoga con su madre imaginaria en la silla vacía y elabora así los sentimientos de vergüenza y bochorno que siente desde su *self* adulto.

Séptima sesión

C: *Siento este peso siempre dentro de mí* (modo interno) [T: *hmm...*]

C: (lágrimas) *y hay tantas cosas – me avergüenzo de lo que hiciste* (diferenciación interna de una emoción sentida desde el *self* superviviente en relación a la madre) [T: *¡Me avergüenzo de lo que hiciste!*] *Me avergüenzo de lo que hiciste* (reflejo y apoyo de la terapeuta para considerar a la madre responsable de sus propios actos) *cuéntale de qué te avergüenzas* (la terapeuta cambia el foco hacia la sensación del *self* superviviente ante los actos vergonzosos de la madre)

C: *Me avergüenzo de tener que contestar preguntas sobre esto* (diferenciación emocional y focalización en el sí mismo en relación a los otros significativos) *de tener siquiera que hablar de ello con alguien. ¿Cómo podría ser aceptado como persona con lo que hiciste?* (cambio de foco hacia el cuestionamiento reflexivo desde la perspectiva de otros significativos en relación al *self* superviviente) [T: *hmm, tengo miedo a no ser aceptado*] (la terapeuta da voz a una respuesta emocional/interna que el *self* superviviente experimenta en relación al temido juicio de los demás)

C: *¿cómo puede pensar la gente que yo soy normal si tú has hecho algo tan horrible?* (cambio hacia la perspectiva del *self* superviviente y cuestionamiento reflexivo sobre el juicio de los demás) *no puedo ni siquiera hablar de ti en un sentido positivo por culpa de lo que hiciste* (*self* superviviente que hace a la madre responsable del impacto que el suicidio tiene en las relaciones actuales) [T: *hmm...*]

C: *Tengo que decirle cosas a la gente cuando me pregunta – “sí, te moriste”.* (Cambio al modo externo y descripción de interacciones con otros significativos) *Tengo que decir cosas como, “fue un terrible accidente” y dejarles que piensen lo que quieran. No puedo contarle a la gente lo que hiciste* [T: *secretos y mentiras*]

C: *siempre he intentado mantenerlo en secreto, lo que hiciste, porque no puedo hablar de ello*

T: *dile lo horrible que, dile de qué te avergüenzas* (la terapeuta invita al cliente a elaborar un poco más los significados ligados a la experiencia de vergüenza en relación a los actos de la madre – cambio a modo reflexivo)

C: (respirando hondo) (p: 00:00:15) *Me avergüenzo de estar ligado a ti o*

de ser un producto de alguien que hizo algo tan horrible. Nos educaron para creer que eso estaba mal hecho (se le rompe la voz) con la de cosas y valores que intentaste enseñarnos sobre lo que estaba mal y tú cometiste la peor de las faltas (el cliente articula el sentido del suicidio como acto que transgrede las normas sociales y morales, y las normas de su familia tal como las enseñó su madre / la sensación de que la madre traicionó su propio código) T: la peor de las faltas (reflejo empático de la terapeuta de la vivencia del cliente ante lo injusto).. qué es lo que estaba tan mal para ti? (la terapeuta invita al cliente a diferenciar reflexivamente el significado del suicidio como un acto injusto y, desde la perspectiva del self superviviente, a identificar claramente en qué han sido injustos con él los actos de la madre)

C: quitarte la propia vida está mal (el cliente identifica el principio moral general de que el suicidio es una falta personal y social) [T: hmm...]

C: y cómo te atreves a ser tan egoísta como para pensar que eso es lo que tienes que hacer (el cliente se centra en la reacciones inmediatas y en la perspectiva personal del self superviviente, en diálogo con la madre, quien considera el suicidio de su madre como un acto egoísta con el que ella antepuso sus necesidades a las de sus hijos)

T: cómo te atreves a ser tan egoísta. Reniego de tu egoísmo (reflejo empático de la terapeuta de la indignación del cliente ante el egoísmo de la madre y diferenciación emocional de la experiencia de resentimiento del self superviviente).

C: deberías estar aquí (cambio a cuestionamiento reflexivo de las motivaciones e intenciones de la madre en relación a la decisión de matarse) ¿Por qué nos hiciste tanto daño? ¿Por qué hiciste lo que hiciste? (cambio hacia la perspectiva del niño traumatizado que implora a su madre a que responda a la cuestión clave de las intenciones y motivaciones para suicidarse) Fui muy egoísta (giro de nuevo hacia la perspectiva del self superviviente y hacia la rabia, el resentimiento y la indignación experimentados ante la conducta egoísta de su madre y ante el impacto de su pérdida en la vida del cliente) [T: fue algo increíblemente egoísta por tu parte que nos dejaras solos] (reflejo empático de la terapeuta que destaca la respuesta emocional del self superviviente).

C: y me siento engañado (cambio al modo narrativo interno y diferenciación emocional desde la perspectiva del self superviviente) (lágrimas) sí lo es, es muy doloroso, ha sido doloroso toda mi vida [T: hmm...] ha sido algo muy avergonzante [T: hmm...] me avergüenzo de lo que hiciste [T: hmm...]

C: me avergüenzo de las consecuencias de eso.. me avergüenzo de no poder contarle a nadie lo que hiciste porque me juzgarán por lo que hiciste (cambio a construcción reflexiva y emocional de significado en relación a

la experiencia de sí mismo con otros significativos) [T: *hmm, hmm, así que me dejaste con ese terrible y oscuro secreto, ese espantoso...*]

La terapeuta ayuda al cliente a hacer responsable a la madre de su conducta vergonzosa –vista desde la perspectiva de las normas sociales– así como a conseguir que ésta reconozca el impacto que supone haber guardado durante tantos años este secreto. La terapeuta guía también una serie de cambios hacia modos internos y reflexivos de manera que Álex sea capaz de articular más claramente los sentimientos de dolor, resentimiento y rabia que experimenta en relación al suicidio de su madre y de elaborar el significado de dichos sentimientos desde distintas perspectivas relacionales. En el siguiente pasaje, observamos cómo el cuestionamiento reflexivo del cliente sobre las motivaciones de su madre para cometer suicidio marca un importante giro en la relación terapéutica. Su cuestionamiento activo de las acciones de la madre, mediante una intervención con la silla vacía, espera una respuesta de ésta y muestra la predisposición de Álex para entender ahora la perspectiva de su madre.

Novena sesión

C: *Tengo mucho rencor por el egoísmo. Destrozaste y heriste a tanta gente.. no tienes ni idea* (repaso del escenario de la pérdida, desde la perspectiva del self superviviente)

T: *háblale de eso, de lo destrozada y herida que ella se sentía* (la terapeuta destaca sentimientos de dolor y devastación e invita a ir más allá en la diferenciación)

C: (llorando) (cambio a cuestionamiento reflexivo y búsqueda activa por entender las razones de su madre para cometer suicidio) *destrozaste nuestra familia, si tenías tantos problemas no tenías que guardártelos para ti. Si hubieras hecho algo para manejar cualesquiera que fueran los problemas que tenías en ese momento, ¿qué pudo llevarte a cometer tal atrocidad? ¡Es que no sé qué podía ser tan terrible!* [T: *¿qué podía ser tan terrible? Dile lo que tendría que haber hecho*].

C: *¿Por qué no buscaste ayuda? Si no podías vivir con mi padre, porque tengo que suponer que lo hiciste por eso, no sé por qué lo hiciste pero he supuesto con los años que quizá era porque no querías vivir con mi padre, ¿si no querías vivir con mi padre por qué no le dejaste? No era tan imposible, incluso en aquella época, no era tan imposible*

T: *dile de qué tienes tanto miedo, es importante* (reflejo empático y evocativo de la terapeuta de la experiencia tácita de terror del cliente ante el desconocimiento de la razón por la cual su madre cometió suicidio y por la gran necesidad de saberlo para su vida actual)

C: *tengo miedo de que me vuelvan a dejar solo* (cambio a diferenciación interna y emocional de sentimientos de terror, dolor y miedo al abandono)..

Tengo miedo a llegar a tener confianza en la gente porque me pueden dejar o herir [T: tengo miedo a que me abandonen y me hieran] (reflejo empático de sentimientos por parte de la terapeuta)

C: ¡Tengo tanto miedo de que me abandonen y me hieran! [T: sí, sí.]

C: simplemente estoy aterrizado (lágrimas) porque creaste en mi mente el mayor dolor posible y no sé, no puedo entender por qué lo hiciste (cambio a cuestionamiento reflexivo y búsqueda de sentido)... ese acontecimiento ha traído tantas consecuencias encadenadas, tantas secuelas y tanto destrozo. ¿Entiendes lo que hiciste? ¿Entiendes a la gente a la que heriste? Quiero decir ¿entiendes las situaciones que has causado con lo que hiciste? No se trataba sólo de ti, también había otra gente

T: y quiero que lo entiendas, quiero que lo sepas

C: quiero que pienses en ello. Quiero que pienses en esas cosas y que pienses en la gente que heriste haciendo lo que hiciste.

Cuarta fase: la historia de amor y arrepentimiento de la madre

Finalmente, tras desarrollar un relato narrativo diferenciado y emocionalmente coherente del suicidio de su madre, el cliente puede distanciarse de forma reflexiva del dolor emocional del niño herido y entrar en el mundo del otro perturbado, su madre. Por primera vez, el cliente es capaz de entrar en el escenario de conciencia del otro significativo y empezar a imaginar y articular los motivos, emociones, creencias, pensamientos e intenciones probables del otro en el momento del suicidio. El reprocesamiento reflexivo de los recuerdos traumáticos cargados de emoción, vistos a través de los ojos del otro, facilita la creación de nuevos significados y un relato emocionalmente más coherente de la pérdida traumática que ahora integra tanto los sentimientos y pensamientos del cliente como los del otro significativo que murió.

La madre, a la que Álex da voz en diálogos con sillas vacías, tiene ahora la oportunidad de A) ofrecer un relato de su responsabilidad ante el suicidio y de aclarar sus intenciones al cometerlo, B) reconocer su responsabilidad ante el escenario de la pérdida y la devastación posterior que conllevó su muerte, y expresar su profundo arrepentimiento por el impacto no previsto ni intencionado que causó en las vidas de sus hijos, y sobretodo C) afirmar su amor hacia el cliente. La historia que faltaba sobre las motivaciones del suicidio llega ahora de la mano de un niño querido que intenta entender cómo – y en qué condiciones – una madre cariñosa puede cometer un error trágico de consecuencias emocionalmente devastadoras aunque no intencionadas. Es importante que la madre ofrezca un relato convincente que no sólo incluya las circunstancias que la llevaron al suicidio, y sus motivaciones e intenciones, sino que también exprese su profundo arrepentimiento y reconozca el impacto devastador que tuvo en los demás. Por otra parte, el modelo experiencial de proceso sugiere que cuando en un caso de situación no resuelta el cliente expresa

repetidamente la necesidad de saber “por qué” se cometió una acción dolorosa, probablemente existan sentimientos subyacentes de resentimiento y dolor. Se considera por tanto vital que el otro significativo exprese abiertamente y responda a dichas emociones negativas para que pueda superarse con éxito el problema y se de un cambio emocional positivo.

En el siguiente diálogo con la silla vacía, el cliente trabaja sobre estas tres cuestiones básicas al expresar su perplejidad ante las razones que pudieron llevar a su madre al suicidio. Al tomar la posición de su madre en la silla vacía, Álex da voz al siguiente relato con el que ella da cuenta de sus intenciones y motivaciones, y pide a su hijo que la perdone:

Novena sesión

C: sí, no me encontraba bien y no tenía intención de haceros daño a vosotros, mis niños (cambio a modo reflexivo y elaboración del sentido de las motivaciones e intenciones de la madre para cometer suicidio). No sabía hasta qué punto esto tendría un impacto para vosotros. Tendría que haber pedido ayuda, tienes razón. Tendría que haber ido a mi..., tenía, tengo una familia muy extensa, tendría que haber acudido a mis hermanos. Tendría que haberme asegurado de que alguien cuidaría de vosotros. Tendría que haber hecho un montón de cosas que no hice.

T: así que cometí un error terrible (continuando con la voz reflexiva de la madre, la terapeuta retoma su arrepentimiento por las acciones que no emprendió en vida y sugiere que su acto de suicidio fue un error terrible)

C: cometí un error terrible (el cliente, en el papel de la madre, confirma que ésta admite que el suicidio fue un error –un error de juicio que quisiera no haber cometido– y elabora el sentido de este nuevo aspecto del que se da cuenta, acerca del impacto no intencionado que el suicidio tuvo en su familia y su hijo) porque nunca debí hacer lo que hice. Y ahora me doy cuenta de que te he hecho mucho daño. Ahora me doy cuenta de cuánto daño he hecho a tu hermana y a tu hermano. Y ahora me doy cuenta de que hice daño a tu padre. No puedo deshacerlo

T: suena como lo siento (cambio a modo interno y experiencia emocional subyacente de la madre que expresa su arrepentimiento al hijo)

C: no puedo deshacerlo pero siento muchísimo haberte herido (desde la perspectiva de su madre, el cliente articula los remordimientos que ésta siente en relación al terrible impacto de su suicidio sobre él) [T: ¿puedes repetirlo otra vez?]

C: lo siento muchísimo, siento mucho haberte herido... No estoy ahí ahora y siento muchísimo las cosas que sientes que te he hecho... (en el modo reflexivo, emerge un nuevo aspecto del cariño de esta madre por sus hijos en el contexto de su relato personal sobre las circunstancias o razones que

la llevaron a cometer este terrible error que fue el suicidio) *no tenía nada que ver con vosotros, niños. Seguramente vosotros sois la razón por la que aguanté tanto. No tenía nada que ver con vosotros. Sólo era que pensaba que la vida ya no tenía sentido y ya no tenía esperanzas...*

Más tarde, representando la voz de su madre en la silla vacía, el cliente articula un nuevo relato del suicidio de su madre con el que ésta reconoce que el suicidio se basó en una creencia errónea y expresa a la vez su profundo arrepentimiento y el gran amor que sentía por sus hijos:

C: Siento tanto, tanto, haberos hecho lo que os hice. Y tienes razón, no me di cuenta de las consecuencias imparables, de lo que le hacía a tu padre y a tu hermano, a tu hermana, a mis propias hermanas e incluso a mis propios padres. Vi, vi el sufrimiento, ya no había vuelta atrás en ese momento, ya había hecho lo que había hecho. Y nunca me di cuenta ni por un momento, hasta pasado un tiempo, de que había tanta gente a la que yo le importaba tanto. Y tenía otras opciones y sitios a los que acudir [T: hmm...]

C: no puse en práctica esas opciones. No sé por qué no las puse en práctica, pero ya era demasiado tarde para ponerlas en práctica [T: hmm...] necesito que me perdones, siento mucho lo que hice [T: necesito que me perdones]

C: Vosotros niños me importabais más que cualquier otra cosa en el mundo. No puedo inventarme una excusa por lo que hice. No tengo, no sé por qué, sólo era algo que estaba ahí. Pero no debería haberos dejado niños. Os quiero más que nada en el mundo y ha sido muy difícil para vosotros tres durante todos estos años [T: hmm...] C: y nunca debería haberos dejado [T: hmm...]

Se aborda la cuestión de si una madre que quiere a sus hijos puede cometer suicidio desde una nueva perspectiva en la que la figura parental expresa ya un gran arrepentimiento por los actos egoístas cometidos, el deseo de poder deshacerlos si pudiera y el amor incondicional que siente por su hijos. Esto permite que, tanto desde la perspectiva del niño traumatizado como del *self* superviviente, sea posible empatizar y comprender los trastornos de la madre y se abra la posibilidad del perdón.

La fase final de la historia de reconstrucción está más allá del alcance del presente trabajo. Es un paso importante que conlleva que el cliente llegue a perdonar, que resurjan entonces recuerdos positivos de la madre y el cliente pueda finalmente vivenciar de nuevo el calor del amor de su madre. La integración de los recuerdos, historias y perspectivas del niño traumatizado con los del *self* superviviente, acerca de una madre perturbada pero cariñosa, es la que posibilita la creación de una narrativa vital coherente.

Discusión

A lo largo de los pasajes que preceden, esperamos haber sido capaces de mostrar cómo emprendieron Álex y su terapeuta el importante, aunque difícil, trabajo experiencial para aclarar las emociones y los sucesos relacionados con el traumático suicidio y diferenciarlos del escenario de pérdida y devastación aparecido tras la muerte repentina de la madre. Concretamente, fue la organización narrativa de las emociones dolorosas sentidas antes, durante y después del suicidio de la madre la que permitió que el cliente pudiera explorar de forma reflexiva el significado emocional de las experiencias vividas, desde distintas perspectivas relacionales. Fue de gran importancia que, gracias al uso de la silla vacía en las sesiones, surgiera la perspectiva de una madre cariñosa y fuera posible co-construir un nuevo relato de la historia del suicidio.

La terapeuta facilitó este proceso de reconstrucción narrativa al iniciar cambios de foco en el proceso narrativo hacia A) el modo narrativo externo, para articular mejor el escenario de la acción y darle mayor coherencia, elaborando así “lo que ocurrió”; B) el modo narrativo interno, para diferenciar y simbolizar más claramente emociones y sentimientos dolorosos y C) el modo narrativo reflexivo, para poder articular las intenciones, expectativas y sensaciones que poblaban el escenario de conciencia del cliente. Este movimiento dialéctico entre los modos externos, internos y narrativos facilita la articulación e integración del doble escenario de acción y conciencia (Bruner 1990) correspondiente a las historias de trauma y pérdida de Alex.

Cabe destacar que los cambios del modo interno (diferenciación emocional) al externo (construcción de significado) parecen ser claves a la hora de hacer emerger nuevas formas más satisfactorias y coherentes de entender viejas historias. La organización narrativa de emociones y estados perturbadores facilita un procesamiento reflexivo de recuerdos emotivos que pasan a ser entonces explorados desde diversos puntos de vista o perspectivas relacionales. A su vez, se dan cambios de tono emocional en el cliente y aparecen nuevos significados en el movimiento mismo del cambiar de un punto de vista relacional a otro. Greenberg (2002) sostiene que un terapeuta que trabaja con el Proceso Experiencial opera como un entrenador de emociones de su cliente. Basándonos en el presente estudio, se puede decir que las intervenciones de la terapeuta dirigidas tanto hacia la diferenciación emocional (interno) como hacia la construcción reflexiva de significado son esenciales para que la terapia sea productiva. En este sentido, el modelo de Proceso Narrativo demuestra ser un marco adecuado para aquellos terapeutas que trabajen con clientes que acusan situaciones no resueltas.

Por último, cabe decir que, en el caso del trabajo con Álex, llegar al punto en que la madre validara las dolorosas historias de terror, vergüenza, tristeza y resentimiento de su hijo – madre representada por Álex en la silla vacía-, permitió que éste se adentrara empáticamente en el imaginado mundo intrapersonal de las

emociones, intenciones, creencias y preocupaciones que sentía su madre en la época previa al suicidio. Por primera vez en su vida, Álex construye y acepta un relato coherente y convincente acerca de cómo una madre que quiere a sus hijos llega a cometer una terrible equivocación y se suicida. El surgimiento de esta nueva comprensión de lo ocurrido, que recoge la base de amor que existía en la relación entre él y su madre, lleva a Álex a poder crear un relato emocionalmente coherente, exhaustivo e integrador de la historia de su propia vida.

La organización narrativa de emociones y estados perturbadores facilita un procesamiento reflexivo de recuerdos emotivos que permite llevar a cabo una exploración de los mismos desde diversos puntos de vista o perspectivas relacionales. Cabe destacar que los cambios del modo interno (diferenciación emocional) al externo (construcción de significado) parecen ser claves a la hora de hacer emerger nuevas formas más satisfactorias y coherentes de entender viejas historias. Greenberg (2002) sostiene que un terapeuta que trabaja con el Proceso Experiencial opera como un entrenador de emociones de su cliente. Basándonos en el presente estudio, se puede decir que las intervenciones de la terapeuta dirigidas tanto hacia la diferenciación emocional (interno) como hacia la construcción reflexiva de significado son esenciales para que la terapia sea productiva.

Palabras clave: *psicoterapia experiencial; diferenciación emocional, construcción de significado; narrativas; trastornos emocionales; situaciones irresueltas*

Traducción: Teresa Bas Baslé

Referencias bibliográficas

- ANGUS, L., & KORMAN, Y. (in press). Coherence, Conflict and Change in Brief Therapy: A Metaphor Theme Analysis. S. Fussell (Ed.) *The Verbal Communication of Emotions: Interdisciplinary Perspectives.*, Lawrence Erlbaum Associates.
- ANGUS, L., ROTONDI, D., BOWES-BOUFFARD, B. & KORMAN, Y. (2000) *The York Coherence Manual*. Unpublished manuscript. Copyright pending. Department of Psychology, York University, North York, Ontario, M3J 1P3.
- ANGUS, L., LEVITT, H., & HARDTKE, K. (1999). Narrative processes and psychotherapeutic change: An integrative approach to psychotherapy research and practice. *The Journal of Clinical Psychology*, 55 (10), 1255-1270.
- ANGUS, L., HARDTKE, K. & LEVITT, H. (1996). *An Expanded Rating Manual for the Narrative Processing Coding System*. Unpublished manuscript. Copyright pending. Department of Psychology, York University, North York, Ontario, M3J 1P3.
- ANGUS, L. & HARDTKE, K. (1994). Narrative processes in psychotherapy. *Canadian Psychology*. 35, (2), 190-203.
- ANGUS, L., HARDTKE, K., LEVITT, H., BOTELLA, L., & HERRERO, O. (1999). Manual del Sistema de Codificación de los Procesos Narrativos. (Versión en español del Narrative Process Coding System). Manuscrito no publicado. Pendiente de copyright. Departamento de Psicología. Universitat Ramon Llull.

- Cister 24-34. 08022-Barcelona. (Disponible también en el Department of Psychology, York University, North York, Ontario, M3J 1P3. Canada).
- BOTELLA, L., & HERRERO, O. (2000). A relational constructivist approach to narrative therapy. *European Journal of Psychotherapy, Counselling, and Health*, 3, 407-418.
- BOUFFARD, B.A. (2002). *Reworking the past : The role of autobiographical memories and emotion in the resolution of unfinished business*. Paper in Panel, Ontario Psychological Association Convention, Toronto, Ontario, Canada.
- BRUNER, J. (1990). *Acts of Meaning*. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- GONCALVES, O., MACHADO, P., KORMAN, Y. & ANGUS, L. (in press). Assessing psychopathology: A narrative approach, to appear in *Alternatives to the DSM*. L Beutler (Ed.), APA Press.
- GONÇALVES, O., KORMAN, Y. & ANGUS, L. E. (2000). Disorder as Metaphor in Cognitive Narrative Psychotherapy. In R. A. Neimeyer & J. D. Raskin (Eds.) *Constructions of Disorder*. American Psychological Association Press, 265-284.
- HARDTKE, K., LEVITT, H. & ANGUS, L. (in press) Investigating narrative processes in psychotherapy discourse: The Narrative Processes Coding System. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-Beratungs-und Sozialforschung*.
- GREENBERG, L.S. & FOERSTER, F.S. (1996). Task analysis exemplified: The process of resolving unfinished business. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 439-446.
- GREENBERG, L. & KORMAN, L. (1994). Assimilating emotion in psychotherapy integrations. *Journal of Psychotherapy Integration*. Vol.3, No.3, 249-264.
- GREENBERG, L.S., RICE, L. & ELLIOTT, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment by moment process*. NY: Guilford Press.
- HERRERO, O. & BOTELLA, L. (2002). La reconstrucción dialógica en un caso de duelo: Mecanismos pragmático-retóricos en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 49 (este volumen).
- LAITILLA, A., ALTONEN, J. WAHLSTROM, J. & ANGUS, L. (2001). Narrative Process Coding System in marital and family therapy : An intensive case analysis of the formation of a therapeutic system. *Contemporary Family Therapy*. 23, 3, 309-322.
- LEVITT, H., KORMAN, Y., & ANGUS, L. (2000). A metaphor analysis in the treatment of depression: Metaphor as a marker of change. *Counseling Psychology Quarterly*, 13, 23-36.
- LEVITT, H., & ANGUS, L. (2000). Psychotherapy process measure research and the evaluation of psychotherapy orientation: A narrative analysis. *Psychotherapy Integration*. Vol. 9, No. 3, 279-300.
- LEVITT, H., KORMAN, Y., ANGUS, L., & HARDTKE, K. (1997). Metaphor analyses in good and poor outcome psychotherapy: Unloading a burden vs. being burdened. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 329-346.
- PAIVIO, S. & GREENBERG, L. (1995). Resolving "Unfinished Business": Efficacy of experiential therapy using empty-chair dialogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 63, No.3, 419-425.
- PERLS, F., HEFFERLINE, R., & GOODMAN, P. (1951). *Gestalt therapy*. NY: Delta.

LA RECONSTRUCCIÓN DIALÓGICA EN UN CASO DE DUELO: MECANISMOS PRAGMÁTICO-RETÓRICOS EN PSICOTERAPIA

Olga Herrero y Lluís Botella

Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació Blanquerna Universitat Ramon Llull
Servei d'Assessorament i Atenció Psicològica (SAAP)

*Allí donde hay vida hay también,
y de manera inevitable, sufrimiento (...).
Así como no hay en la tierra luz sin sombra,
tampoco hay vida sin sufrimiento.*
(Torralba, 1995, p. 23)

This paper presents the case of Sandra, who requested psychotherapy twenty-six years after her mother's suicide. A pragmatic-rhetorical analysis of Sandra's psychotherapy sessions was conducted so as to approach her grieving process. From a relational constructivist approach therapy helps clients to change their position relative to their own problems and the discourses that constrict them. In this case, the client shifts from suffering the effects of her mother's suicide as something beyond her control to position herself as someone who controls, understands and elaborates them, closing a chapter in her life and initiating a new one.

Key words: relational constructivism, narrative, identity, grief, psychotherapy and pragmatic and rhetorical mechanisms.

INTRODUCCIÓN

La pérdida es una experiencia inevitable para el ser humano. El proceso de duelo es una reacción natural, normal y esperable cuando se produce. Es más, es el proceso de acomodación de dicha pérdida en la propia historia, la reconstrucción de un mundo personal de significados que se ve desafiado por la vivencia de la pérdida (Neimeyer, 1997; 1998; Neimeyer y Stewart, 1996).

En el ámbito de los procesos de duelo y del sufrimiento humano en general cada persona experimenta un duelo y un dolor particular, distinto al de cualquier otro individuo; ningún proceso de duelo es réplica de otro. Cuando muere un miembro de una familia las reacciones de los demás integrantes son distintas (Winchester,

1998) puesto que “las personas difieren entre sí respecto a su construcción de los acontecimientos” (Kelly, 1955/1991, p. 38) y puesto que la relación mantenida por parte de cada uno de ellos con la persona fallecida también era distinta; el duelo es, pues, un proceso *personal, idiosincrásico, íntimo e inextricable de nuestro sentido de quienes somos* (Neimeyer, 1997; 1998; Neimeyer y Stewart, 1996). No obstante, el duelo no es un proceso únicamente privado que se elabora independientemente de los demás y al margen de las actividades cotidianas. La persona que elabora una pérdida está rodeada de otras personas que también intentan elaborar aquella pérdida. Es más, todos construimos y reconstruimos nuestro sentido de identidad en negociación con los otros (Neimeyer, 1997; 1998; Neimeyer y Stewart, 1996).

Desde nuestra posición en el constructivismo relacional (Botella, 2001; Botella y Herrero, 2000), concebimos la identidad como constituida en relaciones y conversaciones y, por este motivo, la pérdida de una relación significativa conlleva implícitamente la pérdida de una parte significativa de quienes somos y de las posiciones que ocupábamos (y, seguramente, queríamos seguir ocupando) en esa relación. Los discursos sociales mantenidos al respecto tienden a sostener que en los procesos de duelo se llora por la pérdida del otro; sin embargo, si bien esto es cierto en parte, también es cierto que se llora por la pérdida de una *relación* y por la parte de uno mismo que se pierde a su vez. Los procesos de duelo, por tanto, no consisten sólo en “dar sentido a la muerte” sino más bien en darse sentido a uno mismo en un mundo (o escenario) en el que la persona fallecida no está presente físicamente (Herrero, 1999).

Esto tiene más sentido si nos fijamos en el hecho de que la narrativa de identidad de cada individuo necesita de otras personas significativas (que desempeñan el papel de actores secundarios en su historia) para que validen su propia posición en el mundo o, como mínimo, en aquella determinada relación. Siendo esto así, la pérdida de una persona significativa supone una invalidación de nuestro sentido de ser quienes somos (más aún si aquella persona era concebida como un agente validador). Por ejemplo, unos padres que pierden a un hijo sufren por la pérdida de ese hijo a la vez que sufren porque dejan de ocupar la posición de padres y es invalidada su posición de personas que cuidan a otro. Esto no sólo es así cuando se produce una muerte: una persona que se posiciona como alguien activo y en continuo progreso en el mundo laboral y que pierde su trabajo puede sentir que deja de ocupar esa posición, que ha quedado invalidada. La pérdida se constituye, pues, como algo que perturba la visión del mundo y la definición de sí misma que hasta ese momento sostenía la persona.

La identidad es el resultado de la historia de vida que nos relatamos unos a otros en un proceso de acción conjunta y en la que comprender un determinado acontecimiento significa colocarlo en un contexto donde hay acontecimientos precedentes y consecuentes. Es decir, la experiencia de pérdida, como toda nueva experiencia, debe ser construida sobre la base de vivencias anteriores que permitan asimilarla y

acomodarla en su contexto. Por lo tanto, la invalidación que puede suponer una pérdida depende del lugar que este acontecimiento crítico y perturbador ocupa en la propia narrativa y del nivel de ruptura que causa en el sentido de continuidad relacional y coherencia existencial del individuo (Herrero, 1999). Como toda invalidación, se acompaña evidentemente de emociones intensas y negativas (Kelly, 1955/1991). Estas emociones han sido descritas por muchos autores en la forma de fases o etapas (Lindemann, 1944; Engel, 1964; Kübler-Ross, 1969 o Canine, 1990). Sin embargo, desde nuestra perspectiva, la comunalidad en los procesos de duelo se encuentra, precisamente, en los procesos psicológicos implicados y no en los contenidos. Éstos serán más bien la consecuencia de la posición que la persona adopte frente al acontecimiento crítico en cuestión; es decir, a partir de nuestro posicionamiento ciertos pensamientos, emociones y conductas serán legitimados mientras otros no lo serán. Por ejemplo, si frente a una pérdida la persona se posiciona como víctima de un destino fatal, las emociones que desde esta posición se pueden expresar son la tristeza o la rabia, los pensamientos pueden tomar la forma de “¿por qué a mí?”, “la vida es injusta” y a nivel conductual seguramente la persona se muestre pasiva mientras ocupa dicha posición.

Tal y como afirmábamos en otro lugar, desde nuestra posición constructivista relacional (Botella, 2001; Botella y Herrero, 2000), para atribuir significado a una experiencia es necesario posicionarla (y posicionarse) en discursos sostenidos relacionalmente, entendiendo por *discurso* un conjunto de afirmaciones, imágenes, metáforas, etc. que constituyen un objeto de una forma determinada (Burr, 1995). Es por este motivo que los procesos de duelo difieren ampliamente en función de los discursos dominantes de cada cultura en los que el individuo se posiciona para dar significado a su vivencia. Generalmente, son los discursos del destino o de la religión los que se utilizan para dar sentido a la muerte y al proceso de duelo. Frente a ellos, el individuo se posiciona y su experiencia subjetiva aparece como el resultado de esos discursos en los que se encuentra, de manera inevitable, inmerso culturalmente. El hecho de tener que posicionar la experiencia (y posicionarse a sí mismo), implica una visión de la persona como alguien proactivo, propositivo, que mantiene una relación dialéctica con su entorno, está integrado en su medio social y es activo también en el proceso de duelo. Así pues, la persona no es un ser pasivo a quien pasan una serie de cosas ante las que no puede hacer nada, no es un ser reactivo, determinado por su entorno, aislado del medio social en el que vive.

Sin embargo, posicionar la experiencia y posicionarse uno mismo no es tarea fácil cuando se refiere a dar sentido a una pérdida. A menudo, las personas relatan que esa experiencia bloquea sus procesos de atribución de significado y queda como un acontecimiento aislado, sin construir, imposible de codificar (a pesar de que, también esta es una forma de posicionarse en un discurso socialmente aceptado: el discurso del “sin sentido”).

Tal y como afirmamos ya en otro lugar (Neimeyer et al. 2002), la muerte, o la

pérdida en general, acostumbran a estar ausentes de nuestras anticipaciones y proyecciones de futuro; las personas anticipamos narrativas en las que la muerte o la pérdida están ausentes porque éstas son incompatibles con la meta final de la historia que nos narramos a nosotros mismos y a los demás. Por eso, este “bloqueo” es coherente con la noción de que una experiencia no anticipada e intensa de invalidación (es decir, una experiencia traumática) da lugar a una intensa activación emocional pre-verbal. Cuando se produce una pérdida, el individuo experimenta una seria invalidación de todos los temas centrales que conformaban su historia de vida y que tienen que ver con aspectos nucleares (Mahoney, 1991) como la identidad, el sentido de la vida, el control sobre la misma, aspectos espirituales y religiosos como la justicia divina o el destino (Neimeyer et al. 2002). Tras esta gran invalidación emergen emociones negativas muy fuertes e intensas tales como depresión, ansiedad, miedo, amenaza, culpa o vulnerabilidad (véase Botella y Herrero, 2000, para una mayor explicación del Ciclo de Reacción Disfuncional a un Acontecimiento Crítico cuya primera fase es la vulnerabilidad).

De modo que tras sufrir la pérdida de alguien o algo significativo la persona siente como si su historia personal estuviera “rota” o “incompleta” y experimenta el hecho traumático y la vida después del mismo como “dolorosamente fragmentada y desorganizada” (Neimeyer y Stewart, 1996, p.8), como si estuviera disociada o hechos añicos (Van der Kolk y Van der Hart, 1991; Van der Hart y Brown, 1992).

Esta intensa activación pre-verbal explica la dificultad para narrativizar la nueva experiencia al no disponer de etiquetas verbales adecuadas para tal fin. Dicho de otro modo, la estructura del lenguaje afecta a la construcción narrativa del significado. En este sentido, según los enfoques narrativos, y especialmente la elaboración de Sarbin (1986), el acto psicológico básico en la construcción del significado es la creación de metáforas. Cuando una persona se enfrenta a una experiencia nueva para lo que no tiene palabras se sirve de metáforas o de lenguaje simbólico como forma de tratar de mostrarse inteligible al otro. Por ejemplo, en un trabajo que hemos analizado en otro lugar (Neimeyer et al. 2002), un padre cuyo hijo se suicida se refiere a las depresiones de su hijo como “*de pronto una especie de nube negra se situó en ese hogar tan tranquilo hasta la fecha*” como forma ilustrar que un agente externo, ajeno a su propia iniciativa, se introduce en sus vidas repentinamente, oscureciéndolas y quebrantando la serenidad que las caracterizaba hasta el momento en que el trágico suceso tiene lugar. Según Sarbin (1986):

“Cuando una persona se enfrenta a una situación nueva para la cual no dispone de una categoría o clase pre-diseñada, dicha situación queda sin ejemplificar, sin clasificar o sin asimilar hasta que se localiza o se inventa una clase o categoría. El reconocimiento de la semejanza parcial en cierta dimensión o constructo proporciona la base para la analogía, y si la traducción lingüística es necesaria, la semejanza parcial se expresa como metáfora”. (pág. 168).

La terapia debería ayudar a la persona a ser capaz de volver a establecer la perspectiva de porvenir para que el pasado, el presente y el futuro vuelvan a estar encadenados y a reinstaurar la continuidad temporal de la propia narrativa llevando a cabo una revisión constructiva o reconstrucción de todos aquellos aspectos que quedaron invalidados por la pérdida; esto es, dando voz y narrativizando el acontecimiento traumático. De este modo, se repara la ruptura de la coherencia temporal que ésta provocó sobre la historia de vida personal y se ayuda a la persona a posicionarse de un modo distinto frente a la pérdida, su sufrimiento y la vida en general.

A continuación presentamos los mecanismos retóricos utilizados en el trabajo con una díada terapéutica en particular en el trabajo con una demanda a causa de una pérdida traumática. Hemos llevado a cabo este análisis utilizando el método de *grounded theory* (véase Rennie, Philips y Quartaro, 1988 para una explicación del método). Para ilustrar cada uno de estos mecanismos retóricos hemos transcrito uno o varios fragmentos (téngase en cuenta que por motivos de espacio no es posible presentar todos los ejemplos hallados a lo largo de las doce sesiones).

LA HISTORIA DE SANDRA: DEL CAOS NARRATIVO A LA IMPOSICIÓN DE ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN EN LA PROPIA HISTORIA

La cliente, a quien llamaremos Sandra, es una mujer de 37 años, casada por segunda vez. En el momento de realizar la demanda, vive con su segundo marido y con los dos hijos de éste, fruto de un primer matrimonio. Tanto el padre como la madre de Sandra sufrieron problemas con el alcohol y su madre se suicidó cuando ella tenía 11 años. Este episodio fue especialmente traumático para la cliente puesto que fue ella quien encontró a su madre tumbada en el suelo, muerta a causa de un disparo en la sien. Sandra fue entonces separada de sus hermanos y enviada a vivir con sus tíos. También su tío terminó teniendo problemas con el alcohol.

Sandra relata en la entrevista de evaluación que no se siente bien consigo misma, no consigue aceptarse, tiene problemas de ansiedad y problemas relacionales tanto con los miembros de su familia como con sus compañeros de trabajo. A pesar de que han pasado veintiséis años desde la muerte de su madre, para Sandra este acontecimiento sigue todavía muy vivo en su recuerdo. Culpa a su madre de la muerte de su padre unos años después por el efecto destructivo que el suicidio de su esposa tuvo en él así como de haberles destrozado la vida a ella y al resto de su familia. Presenta el suicidio como una violación y destrucción de sus creencias acerca del mundo y de las de los demás miembros de su familia para quienes este acontecimiento crítico, no anticipado y claramente invalidador, se convirtió en un tema tabú.

Con la finalidad de acercarnos a cómo Sandra elaboró finalmente el duelo por la pérdida de su madre hemos llevado a cabo un análisis pragmático-retórico de su proceso psicoterapéutico. Entendemos por análisis pragmático la respuesta a la

pregunta “¿para qué se dice lo que se dice?” y por análisis retórico la respuesta a la pregunta “¿cómo se intenta conseguir que lo que se dice tenga el efecto deseado?”.

Para llevar a cabo este análisis, partimos del supuesto de que: a) todo terapeuta se posiciona, más o menos explícitamente, en un discurso y un sistema de creencias sobre el origen y la resolución de los problemas de su cliente; esto es equivalente a lo que Potter (1998) denomina “función” del discurso, es decir, la respuesta a la pregunta “¿para qué sirve un determinado discurso?”; b) todo terapeuta es más o menos consciente de que el éxito de la terapia depende de que ese discurso sea compartido con su cliente, es decir, que cliente y terapeuta estén de acuerdo en la forma de proceder en su trabajo conjunto para la consecución de objetivos y ello contribuya al establecimiento de una buena alianza terapéutica (véase Botella, Pacheco, Herrero, y Corbella, 2000 para una actualización de la investigación en psicoterapia); y c) en consecuencia, toda relación terapeuta-cliente contiene una parte de “socialización discursiva, posicional o conversacional” que incluye elementos de retórica, particularmente por parte de las intervenciones del terapeuta. Esta última función, se corresponde con lo que Potter (1998) denomina “construcción”, es decir, la forma en que un hablante intenta que la función del discurso sea una y no otra.

Siendo esto así, presentamos a continuación aquellos mecanismos pragmático-retóricos de que se sirven tanto la cliente como su terapeuta en el transcurso de este proceso psicoterapéutico. Para ello, hemos llevado a cabo un análisis cualitativo basado en la transcripción de las sesiones (originalmente en inglés) aportadas por el grupo de investigación de la *York University (Toronto, Canada)* con quienes estamos llevando a cabo proyectos conjuntos de investigación (véase Angus, Hardtke y Levitt, 1996; Angus, Hardtke, Levitt, Botella y Herrero, 1999; así como Angus y Bouffard, 2002, en este mismo número para un trabajo paralelo con las mismas sesiones). Téngase en cuenta que lo que se presenta en este artículo es una traducción del inglés al castellano y que el análisis se llevó a cabo en el idioma original de las transcripciones.

En el siguiente apartado, describiremos brevemente qué significan y con qué finalidad se usan cada uno de estos mecanismos pragmático-retóricos. Tal y como anticipábamos en la introducción, presentaremos como ilustración algunos fragmentos de las transcripciones de psicoterapia.

I. EL CONTRATO DISCURSIVO EN PSICOTERAPIA: CLAVES DE CONTEXTUALIZACIÓN PARA LEGITIMAR EL DISCURSO PSICOTERAPÉUTICO Y LA NEGOCIACIÓN DEL PROCESO DE CAMBIO

La conversación psicoterapéutica es distinta de otros tipos de conversaciones, por lo que se hace necesario que terapeuta y cliente establezcan las normas de su contrato discursivo. Esto se lleva a cabo mediante “claves de contextualización” a

las que definimos “los signos que permiten que los participantes de una interacción identifiquen su contexto, determinen con quien hablan y en qué género discursivo van a estar, o están implicados” (Maingueneau, 1996, p.20). Con la finalidad de negociar la clave de contextualización, se utilizan los siguientes mecanismos pragmático-retóricos:

- Uso de la autoridad

Fragmento N. 1

T: *Respecto a este proceso, una de las cosas que yo no quiero hacer es dirigirte o llevarte en una dirección en la que tú no quieras ir. Así que, creo que lo dejaré a tu criterio, el hablar y discutir de aquello con lo que te sientas cómoda. (...) parece que una de las cosas que implícitamente acordamos fue que sería importante mirar esos sentimientos dolorosos, explorarlos y articularlos. Pienso que en este proceso llegarás a clarificar ese tipo de cosas, a ser capaz de expresar algunas de las cosas que nunca has sido capaz de expresar, quién eres realmente y cómo te sentiste en realidad, esta sensación de no ser merecedora de nada bueno como consecuencia del suicidio de tu madre. (...) Así es como yo lo veo. Mi trabajo consistirá en mantenernos en este camino, ayudarte a explorar este tipo de sentimientos y, Mhmm, pero no quiero establecer una agenda para nosotras, realmente pienso que eso debes hacerlo tú, según lo que sea importante para ti.*

En este fragmento de la primera sesión, la terapeuta ocupa distintas posiciones respecto a la cliente. Por un lado, y aparentemente, se posiciona como una terapeuta no directiva (*una de las cosas que yo no quiero hacer es dirigirte o llevarte en una dirección en la que tú no quieras ir; no quiero establecer una agenda*); por otro lado y coherentemente con esto, la terapeuta se posiciona como alguien que sigue el paso de la cliente (*creo que lo dejaré a tu criterio*). Siendo así, la terapeuta parece posicionar a la cliente como conductora de y experta en lo que se refiere al contenido de las sesiones; como alguien que guiará el paso de las sesiones y del ritmo de la terapia (*hablar y discutir de aquello con lo que te sientas cómoda*); como alguien que realiza un proceso con el apoyo de otra persona que se lo facilita (la terapeuta); y como alguien que inicia el camino o aventura de explorar sus sentimientos dolorosos referentes a una pérdida traumática en presencia de otra persona y mediante el discurso.

De este modo, parecería que la terapeuta posiciona a la cliente como la persona que decidirá los contenidos de las sesiones así como la persona que ejercerá el control de las mismas, posicionándola como alguien proactivo e implicado en el trabajo terapéutico y, aparentemente, cediéndole parte de la iniciativa a la cliente. Sin embargo, nótese cómo, paradójicamente, la terapeuta ocupa estas posiciones y las legitima haciendo uso de la autoridad sin dejar lugar a la discusión sobre si esto

debe ser así o no. A pesar de que la terapeuta invita aparentemente a la cliente a decidir el contenido de las sesiones, estos contenidos no son del todo libres sino que deben atenerse a lo que la terapeuta ha definido como temas propios del diálogo terapéutico que, coherentemente, coinciden con su propia visión del proceso de cambio (ver uso de la voz de experta).

- Clarificación de posiciones o disparidad

Fragmento N. 2

T: (...) **Veo mi rol como, Mhmm, facilitador de este proceso. Es decir, tú viniste y las dos hablamos de tu deseo de sentirte más merecedora y de ser capaz de aceptar que eres una persona que vale la pena, de alguna manera de hacer desaparecer esta nube oscura, y parece que mucho de todo esto está vinculado a los acontecimientos de tu vida, especialmente al suicidio de tu madre y cómo tu vida se desmoronó como resultado de ello. (...) Así es como yo lo veo. Mi trabajo consistirá en mantenernos en este camino, ayudarte a explorar este tipo de sentimientos y, Mhmm, pero no quiero establecer una agenda para nosotras, realmente pienso que eso debes hacerlo tú, según lo que sea importante para ti.**

Una extensión del uso de la autoridad es recurrir a la utilización de la clarificación de posiciones como forma de enfatizar que, a pesar de que la terapia sea un proceso de co-construcción, ambas juegan desde posiciones distintas puesto que la relación terapéutica implica un componente de disparidad y una diferenciación entre quién es “cliente” y quién es “terapeuta”. El propio ejemplo del mecanismo retórico denominado “uso de la autoridad” contiene fragmentos que ilustran la clarificación de posiciones. Es decir, la terapeuta, por su parte, se posiciona como acompañante y guía de una persona que inicia un nuevo camino o aventura (*mi trabajo consistirá en mantenernos en este camino*) y, al mismo tiempo que hace esto, se posiciona como alguien cuyo rol consiste en facilitar el proceso de la cliente (*veo mi rol como facilitador de este proceso*). El uso de los pronombres “mi” y “nosotras” en la frase citada unas líneas más arriba, es un ejemplo del tipo de relación que caracteriza la díada terapeuta-cliente: una relación asimétrica.

Hasta el momento, la cliente ha quedado posicionada como la persona que inicia esta aventura (la terapia), para quien no va a ser fácil (unos turnos de palabra antes la terapeuta comentaba: *soy consciente de que esto no va a ser fácil para ti*) y a quien consume mucha energía el hecho de pensar en su relación con su madre (como decía la cliente: *la forma como me corroe hablar de ello, me siento muy extraña (tiembla su voz) pienso ¿cómo puede esto consumir tanta de mi energía?*). De ahí la necesidad de alguien que facilite este proceso. De ello se desprenden el uso de metáforas con las que la terapeuta se refiere al proceso de reconstrucción en turnos de palabra posteriores al que aquí presentamos, es decir, “aventura”, “desafío” y “riesgo” que la cliente debe aceptar si quiere llegar a una resolución (por

ejemplo en el siguiente párrafo: *T: esto es un reto para ti en este momento y suena como un desafío increíble y como un riesgo el hecho de aventurarse en este proceso.* De este modo, la cliente se posiciona frente al acontecimiento crítico de su vida de forma pasiva, como incapaz de hacer nada distinto con esa experiencia, como víctima de aquél momento (el suicidio de su madre) y vive aquél como la causa de sus problemas en el presente. La terapeuta, sin embargo, la posiciona en la relación con ella como alguien activo, capaz de enfrentarse a retos y dificultades.

- Uso de la voz de experta

Fragmento N. 3

T: (...) parece que una de las cosas que implícitamente acordamos fue que sería importante mirar esos sentimientos dolorosos, explorarlos y articularlos. Pienso que en este proceso llegarás a clarificar ese tipo de cosas, a ser capaz de expresar algunas de las cosas que nunca has sido capaz de expresar, quién eres realmente y cómo te sentiste en realidad, esta sensación de no ser merecedora de nada bueno como consecuencia del suicidio de tu madre. (...) Así es como yo lo veo. (...) Poder llegar a decir esta soy yo y así es como me siento; reprimirlo es negar una realidad; es negar quien eres tú en este momento...

La terapeuta se posiciona como alguien experto en procesos desde una perspectiva de terapeuta centrada en el cliente y, debido a ello (e inevitablemente), la terapeuta “arrastra” consigo toda una tradición sobre la teoría de los problemas y los procesos de resolución de los mismos. De este modo, la terapeuta se posiciona como la persona que guía el proceso terapéutico y como experta instruye a la cliente en cómo debe ser su relación desde su propia perspectiva y la socializa en un modelo terapéutico determinado. De ahí que el discurso de la terapeuta sobre cómo debe producirse el cambio y a qué debe dirigirse el trabajo en la terapia sea distinto del discurso que utilizaría otro terapeuta, miembro de una comunidad discursiva diferente. Mientras un terapeuta por ejemplo de orientación cognitiva clásica se centraría en el trabajo con los pensamientos de la cliente, esta terapeuta existencialista define la terapia como el espacio donde se expresan aquellas vivencias y sentimientos dolorosos que no pueden expresarse en otros contextos, y que hacen especial referencia a sentimientos negativos. Esto refuerza la idea que comúnmente se tiene de la psicoterapia como un lugar donde las personas expresan emociones negativas y hablan de problemas. De este modo, el cambio de la cliente pasa por “la expresión de los sentimientos negativos y dolorosos mediante su exploración, articulación y enfrentamiento”. Esto se hace evidente por el hecho de que es la terapeuta quien introduce este tema y lo va elaborando a lo largo de la terapia y se pone especialmente de relieve cuando la propia terapeuta define la represión de sentimientos como una forma de negar la realidad (*reprimirlo es negar una realidad*). Es interesante advertir que, curiosamente, al final de la terapia la cliente empieza a hablar de

emociones y a expresar el enfado que siente con su madre por haberse suicidado en lugar de haber pedido ayuda para sus problemas.

La terapeuta utiliza este discurso teórico y el uso retórico de la voz de experta para vincular su teoría sobre los problemas psicológicos y la resolución de los mismos con el cambio que la cliente solicita en terapia (mayor aceptación de sí misma y elaboración del duelo por la muerte de su madre). De hecho, la terapeuta define los problemas actuales de la cliente como algo que está estrechamente vinculado a este acontecimiento tan crítico de su pasado y establece tal conexión entre el presente y las circunstancias pasadas de la cliente (véase fragmento N 2). Sin embargo, nótese cómo el uso de la forma de pronombre impersonal (*esto*) hace que lo que la terapeuta dice parezca un hecho y no su propia opinión.

Tanto la cliente como la terapeuta definen los efectos del suicidio de la madre de la cliente como algo que destruyó su vida y desafió y violó sus propias creencias. La terapeuta vincula las consecuencias del acontecimiento crítico a la falta de aceptación de la cliente como algo conectado a la destrucción que tuvo lugar. Del mismo modo, la visión del acontecimiento crítico como algo con vida propia que se manifiesta a lo largo de la vida de la cliente de forma ajena a su voluntad, que toma distintas formas, que no puede no considerarse pues “revive” como si se tratara de un fantasma, como si fuera algo con una presencia física que hasta ahora se había intentado ignorar, y que queda como una experiencia sin construir, volátil/difusa, concuerdan exactamente con la teoría de la terapeuta de que la terapia es un espacio idóneo para hablar de este tema y manifestar las emociones que, como el acontecimiento crítico, se han mantenido ocultas. Esto explica que ambas (terapeuta y cliente) consideren estas metáforas como válidas para explicar las consecuencias del acontecimiento crítico en lugar de otras. Así, la mayor aceptación de la cliente de sí misma es vista por la terapeuta como el resultado de la expresión de las emociones de la cliente.

La terapeuta define el proceso de exploración, articulación y enfrentamiento de las emociones como lo que hará que la cliente vea con mayor claridad lo que sucede e imponga organización y estructura a algo que está desorganizado (pues quedó destruido) y propone esto como el trabajo que llevarán a cabo entre las dos. Llevando la terapia en la dirección del trabajo con las emociones, según la terapeuta la cliente adquirirá mayor claridad sobre sí misma. Nótese cómo la terapeuta apela a la “realidad” de las emociones que sintió la cliente.

- Uso del consenso

Fragmento N 4

T: (...) parece que una de las cosas que implícitamente acordamos fue que sería importante mirar esos sentimientos dolorosos, explorarlos y articularlos (...).

De esta dñada, se desprende la idea de la terapia como un espacio de liberación

donde la cliente expresa sus preocupaciones y deseos. La forma como la terapeuta lo presenta es recurriendo a un acuerdo implícito entre ambas. Obsérvese cómo mediante este recurso retórico, la terapeuta da una explicación de lo que le sucede a la cliente e introduce la forma de trabajar con ello apoyando su propia teoría del problema y del cambio en un acuerdo mutuo y recurriendo a la mutualidad y al consenso entre ambas como forma de incorporar a la cliente en su propio discurso.

- Recurso a la utilidad

Fragmento N 5

C: creo que tienes razón, me asusta el proceso, pero empiezo a poner orden y me gusta. No tengo por qué ser siempre una mujer tan controladora y rígida; también puedo divertirme (risas)

T: Mhmm, Mhmm. ya, será útil trabajar en ello, valdrá la pena

C: sí

T: seguro que va a valer la pena, ya lo verás

C: sí

Mediante el recurso de la utilidad o del “valer la pena”, la terapeuta termina de confirmar que la cliente está de acuerdo en cómo se va a producir el cambio, algo en lo que ha puesto sus recursos en distintos momentos a lo largo de la primera sesión. Por otro lado, no sólo confirma que la cliente está de acuerdo con ella sino que además vuelve a utilizar el recurso de la autoridad y de la voz de experta mediante el “*ya lo verás*” con el que termina la frase y con el que parece cerciorarse de que la cliente ha comprendido bien su visión del cambio.

- Invitación temática o restricción de tópico

Fragmento N 6

T: parece que todo lo que te sucede está conectado con todo de alguna manera

C: sí, tiene que unirse todo, eh, no estoy segura de qué ni de por dónde

T: cierto. ¿Por dónde te gustaría empezar hoy? ¿Cómo te gustaría utilizar tu hora?

C: ese es un buen punto, Mhmm, ¿está bien utilizar estas horas hablando de cosas actuales así como de cosas del pasado?

T: cualquier cosa que quieras discutir, tal y como te decía todo está conectado con todo, así que (risas)

En este caso, la cliente había abierto la sesión hablando de su relación con su madre adoptiva. Sin embargo, a medida que la sesión avanza, parece hacerse más obvia la hipótesis de que la terapeuta no considera este momento como oportuno para hablar de la madre adoptiva de la cliente (a pesar de que la cliente abrió la sesión con este tema). La terapeuta la invita a hablar de ello y marca toda la discusión previa como si no hubiera estado formando parte propiamente de la sesión; de hecho,

señala el inicio con la pregunta: *¿por dónde te gustaría empezar hoy?* invitando a la cliente a elegir a qué quiere dedicar la sesión (¡a pesar de que la cliente parecía haberlo decidido ya!). Se hace evidente que la cliente no tiene demasiado claro si tiene permiso para hablar de todo aquello que la preocupa o si sólo debe hablar de las consecuencias del acontecimiento traumático en el momento en que pregunta explícitamente si puede hablar de asuntos actuales o si sólo debe hablar del pasado, aun teniendo en cuenta que, en diversas ocasiones la terapeuta ha hecho explícito que podía hablar de lo que deseara. La terapeuta queda liberada de decir que sólo puede hablar de determinadas preocupaciones por el hecho de haber definido todos los temas como vinculados unos a otros tal y como ya mencionábamos en el punto anterior.

- Código de lenguaje: Introducción de términos emocionales

Fragmento N 7

T: *Creo que tiene que ser difícil, o me pregunto si es difícil, **sentirte legítimamente enfadada con tu madre, que de alguna manera...***

C: *claro, porque probablemente lo intento, lo intento, pero me han dado tantos mensajes de cómo debería sentirme al respecto. “Obviamente estaba enferma para hacer algo así...”*

T: *Y tú deberías entender, ser compasiva*

C: *claro, claro. Yo soy inteligente y debería comprender la devastación, debería ser capaz de aceptar que tenía que estar loca para suicidarse*

T: *claro, pero **comprenderlo sería... ¿cómo cancelar tus propios sentimientos?***

C: *sí. Yo no puedo olvidar, sigue estando aquí (...) Y conforme voy haciéndome mayor debería disminuir su impacto en mi mente pero no es así.*

El código de lenguaje implica la manera en que hay que enunciar y que se constituye como la única que tiene sentido en un determinado universo de interacción. La terapeuta empezó a socializar a la cliente una forma de enunciación basada en la expresión de emociones en la primera sesión y sigue insistiendo en ello con el uso directo del código de lenguaje. Es decir, introduce términos emocionales durante la conversación como forma de clarificar el tipo de enunciaciones que tiene sentido hacer en una relación terapéutica (o al menos con esta terapeuta). Teniendo en cuenta que la visión de la terapeuta sobre la reconstrucción del duelo de la cliente pasa por la expresión de emociones, es lógico que sea ella misma quien introduzca términos emocionales con objeto de elicitare narrativas acerca de sentimientos y no meras descripciones puesto que la cliente de momento no lo hace por iniciativa propia. Sin embargo, la cliente empieza a hablar de sentimientos y adopta un estilo más activo y de cuestionamiento, a diferencia de la primera sesión. Parece observarse cómo a partir del enfado la cliente adopta una postura subversiva y de

confrontación y crítica hacia los discursos disponibles a su alrededor y empieza a reafirmar su posicionamiento como válido con la ayuda de la validación de la terapeuta de dicho posicionamiento. De esta manera, la cliente comprende que puede referirse libremente a lo que la muerte de su madre supuso para ella y expresar todo lo que sintió en aquél momento y lo que siente en el presente.

- Autorización/permiso

Fragmento N. 8

T: *ya, ya, bueno, Mhmm, si en algún momento llegamos a algún punto en el que quieras trabajar acerca de tu relación con tu madre adoptiva, también estará bien; cualquier cosa que salga estará bien*

C: *bien; bueno, estoy segura que algo saldrá, porque lo tengo todo a medias*
(risas)

La terapeuta autoriza/da permiso a la cliente para hablar de otros temas como por ejemplo los relacionados con su madre adoptiva. Sin embargo, cuando en una conversación puede hablarse de lo que se quiera generalmente no se hace necesario que ninguno de los participantes en la misma ejerza de controlador sobre qué se puede o no decir o haga explícito este derecho. En una conversación que no fuera de una sesión de terapia seguramente ambas participantes seguirían hablando y cambiando continuamente de temas. Sin embargo, no es así en este caso. Podría decirse que la cliente ha violado el pacto de hablar de sus emociones respecto al suicidio de su madre tal y como se hacía explícito en el contrato discursivo en el que la terapeuta socializaba a la cliente en la primera sesión. Al haber sido así, la terapeuta recuerda de nuevo a la cliente que hay ciertos temas permitidos en terapia pero que otros no lo están. La forma de hacerlo es recordándole que puede hablar de cualquier cosa. Es también curiosa la forma en que la terapeuta invita a hablar a la cliente de lo que sea ya que en lugar de animarla a hacerlo se lo propone como algo que en algún momento puede suceder (como un caso especial) pero como si ese no fuera el momento adecuado.

- Visión global

Fragmento N. 9

T: *está claro que todo está conectado con todo*

C: *sí, tiene que unirse todo, eh, no estoy segura de qué ni de por dónde*

En este breve fragmento se observa cómo la terapeuta lleva a la cliente a su terreno mediante la definición de que todos los temas están conectados entre sí y que, por ello, la cliente puede hablar de lo que quiera ya que, a la larga y empiecen por donde empiecen, acabarán llegando al mismo “lugar”: su duelo no elaborado.

- Clarificación procesual (explicación de la forma de proceder para conseguir los objetivos de la cliente)

Fragmento N. 10

T: Mhmm-Mhmm, Mhmm-Mhmm. En términos de cómo dirigir, ya sabes, de cómo conseguir lo que tú quieres lograr, que sería, bueno estoy asumiendo que hablas de disminuir la ansiedad, que ésta no aparezca tan a menudo. Me parece que lo que podríamos hacer es focalizarnos en esos acontecimientos, en la muerte de tu madre, no en todas sus ramificaciones, sino directamente trabajar con las raíces. Quiero decir que, si estamos suponiendo que muchas de esas cosas provienen de ahí, entonces será valioso pasar un tiempo fijándonos específicamente en esos acontecimientos

C: uno de los acontecimientos es que, Mhmm, porque el acontecimiento es en sí mismo. Quiero decir que puedo contarte la historia tres veces o más; mhmm, pero no llego directamente a ella, ¿sabes?, ni siquiera sé cómo explicar esto, pero me doy cuenta de que todo está a medias y ¿cómo cambiarlo?

T: bueno, esa es una buena pregunta. Una manera de hacerlo parte de re-experienciar de alguna manera aquellos acontecimientos, de la manera más vívida y de la mejor manera que sea posible. Creo que nunca has elaborado realmente el duelo por la muerte de tu madre, ni por las pérdidas en tu vida. Por lo que me has contado, nunca tuviste la oportunidad como niña, ¿es así? Estabas demasiado ocupada tratando de componer tu vida, de que no se fragmentara.

De nuevo, en este fragmento, y como respuesta a una pregunta de la cliente (a quien no parece haberle quedado claro el método de trabajo hasta este momento) la terapeuta expone, de nuevo, su visión del cambio y, asimismo, explica a la cliente cuál es desde su punto de vista la forma más óptima de proceder para conseguir sus objetivos terapéuticos. Nótese cómo la terapeuta recoge lo que le parece haber entendido como objetivos de la cliente para asegurarse de que están de acuerdo en ellos y, por tanto, de que el método de trabajo que propone es el correcto.

El hecho de que la cliente comprenda y aparentemente acepte las claves de contextualización, posibilita que se comporte de forma “adecuada” en sus interacciones con la terapeuta, es decir, que ambas jueguen a un mismo juego de lenguaje (Wittgenstein, 1953) que se caracteriza por reglas distintas de si se tratara de otro tipo de intercambios dialógicos. La terapeuta, pues, deja claras las reglas del juego y la cliente va socializándose en ellas. También parece obvio que el propio uso de la autoridad sitúa a ambas en posiciones complementarias, de no-reciprocidad, donde una de las enunciatoras ocupa la “posición superior” mientras la otra ocupa una “posición inferior”. Ambas posiciones provienen también de la “institucionalización de posiciones” donde una persona (cliente, posición “infe-

rior”) realiza una consulta psicológica a otra que considera experta (terapeuta, posición “superior”).

II. FACILITADORES DEL DISCURSO DE LA CLIENTE: HACIA LA INTELIGIBILIDAD

- Cesión del turno de palabra

Fragmento N. 11

C: *claro, es verdad. En mi familia adoptiva ni siquiera lo menciono*

T: **claro**

C: *porque su visión es la de que yo ya debería haber olvidado algo que sucedió hace veinticinco años o los que haga*

T: **ya, claro, claro**

C: *ya sabes, “el día en el que viniste a esta casa con nosotros te convertiste en parte de esta familia y lo otro quedó atrás; no tienes que preocuparte más por ello, tienes que seguir adelante”*

T: **Mhmm, Mhmm-Mhmm**

Nótese cómo, en ocasiones, la terapeuta se sirve de las partículas “claro”, “Mhmm”, “ya”, entre otras, como forma de no entorpecer el discurso de la cliente pero de manifestar que está atenta, escuchándola activamente y siguiendo la conversación. De este modo, la terapeuta renuncia a su turno de palabra para facilitar así lo que la cliente está elaborando.

- Ratificación y extensión de metáforas

Fragmento N. 12

C: *(le tiembla la voz) siento que se me juzgará a mí por ello*

T: *ya, ya, que de alguna manera se reflejará en ti*

C: *que también soy responsable o que estoy loca como ella y que es hereditario o algo así*

T: *ya, que te teñirá, que ese incidente teñirá las percepciones que la gente tenga sobre ti. La sensación de que vas a ser mal interpretada, que la gente no va a comprender*

C: *oh, sí, no se preguntarán qué hago yo, dirán “mira lo que hizo su madre”*

T: *oh, ya, oh, y sería horrible saber que la gente dice esto o piensa aquello (p:00:00:07). Parece que lo que dices es que **has quedado teñida por este incidente***

C: *sí, porque en mi mente se trata de tal atrocidad. Ciertamente desafía mis creencias religiosas*

T: *es una atrocidad; desde tu punto de vista, es como si lo violara todo*

C: *las cosas en las que yo debería creer y pensar, o me gustaría creer y pensar*

T: *y es parte de ti, y es difícil aceptar que eso es también parte de ti*

C: *sí (p:00:00:07)*

T: *ya, puedo imaginar tu miedo de que los demás te perciban a través de esta luz*

Entendemos por ratificación, aquellos momentos o minutos después del uso de una metáfora por parte de la cliente, en los que la terapeuta resalta esta misma metáfora mediante el uso de la repetición, o de sinónimos o términos semánticos asociados con la misma (Ferrara, 1994). Sin embargo, en ocasiones, también se da a la inversa, es decir, es la cliente quien extiende o ratifica una metáfora utilizada por la terapeuta. En estos casos, indica que la cliente acepta la metáfora que la terapeuta ha usado para simbolizar la experiencia de la cliente así como el acierto en el uso de la misma. En los casos en los que la cliente cambia de metáfora, ello indica que la terapeuta ha representado la vivencia de la cliente de manera que no se ajusta a ella. A menudo, la ratificación se acompaña de la introducción de nuevos elementos y de una elaboración conjunta de la misma, en cuyo caso hablaremos de extensión de la metáfora. Ya hemos comentado en la introducción la importancia de las metáforas como forma de narrar lo inenarrable y como forma de expresar de manera familiar aquello que no lo es.

En este fragmento de transcripción que acabamos de presentar, puede observarse cómo la cliente introduce una metáfora para referirse a los efectos del “incidente” como si estos fueran un “castigo” o el resultado de la rueda kármica que cae en forma de “mal karma” sobre la cliente. La terapeuta la extiende a la vez que cambia la metáfora del juicio por la del “reflejo”, cuyo uso resulta seguramente menos amenazante para la cliente. La cliente la acepta pero sin embargo la elabora brevemente al decir que es como si los demás pudieran ver lo que su madre hizo a través de ella. No obstante, rápidamente se produce un cambio de metáfora donde la cliente se refiere a los efectos del incidente como desafío. La terapeuta ratifica el uso de esta metáfora con el término “violación”. Nótese cómo, mientras la cliente se refiere sólo a un aspecto de su vida (el religioso), la terapeuta lo amplía a todo (*lo viola todo*) y la cliente vuelve de nuevo a referirse a la idea de las creencias. Finalmente, la terapeuta vuelve a introducir la idea de que la cliente siente miedo al pensar que los demás la perciben a través de “esa luz”.

Véase asimismo lo que sucede en el siguiente fragmento de transcripción:

Fragmento N. 13

C: *no es algo de lo que esté orgullosa y he luchado en la escuela y en el trabajo*

T: *este secreto que te avergüenza y con el que siempre has sido tan cuidadosa para sobresalir por encima de los demás; no quiero esta sombra*

T: *sombra, ya*

C: *o esqueleto*

T: *ya*

C: *asomando su cabeza (risas), ya sabes. Siento que está ahí*

C: *me avergüenza mucho*

T: *Mhmm, está muy claro, me avergüenzo de ello, parece que te encoges cuando piensas en ello*

C: (suave tono de voz) *sí (p:00:00:08)*

También aquí puede observarse cómo la terapeuta ratifica el uso de la metáfora de la cliente como forma de invitarla a seguir elaborándola. La sombra se transforma en un esqueleto que asoma su cabeza y en algo que tiene una presencia física que ha estado siendo ignorada pero que no por ello desaparece. A continuación, la terapeuta utiliza de nuevo una metáfora menos amenazante que las utilizadas por la cliente pero cuyo significado es el mismo: la del suicidio de la madre como un secreto que avergüenza a la cliente y que hace que ésta se “encoja”.

Fragmento N. 14

T: *ya, así que hay esta sensación de querer estar más cómoda contigo misma; parece difícil si no pones paz con algo de lo que te avergüenza de tu experiencia*

C: *desprendiéndome de ello. No creo que nunca me deje, siento que no puedo dejarlo ir (p:00:00:09)*

T: *ya, dejarlo ir, aceptarlo, en lugar de tenerle miedo*

C: *no sólo perdonar. Leí un libro que hablaba del verdadero perdón. Si no puedes perdonar de verdad y **dejar ir**, lo que sea, si alguien te ha hecho algo o te sientes violado por alguien, o descubres que tu esposo tiene un affair, puedes hacer una de dos cosas: puedes perdonar de verdad o enviar al infierno esa relación y separarte, según de qué situación se trate. He pensado mucho en esto porque quiero ser capaz de pretender que perdono lo que mi madre hizo pero no lo hago. Pienso en ello y me enfado mucho, siento que me quema y pienso ¿cómo te atreviste a hacerme esto?*

T: *cierto*

En este fragmento, la terapeuta empieza de nuevo a dejar traslucir su propia teoría del cambio, es decir, que la cliente consiga estar más cómoda consigo misma depende de quedar en paz con parte de esa vergüenza que experimenta por el hecho de que su madre se suicidara. No queda claro el tema de si la cliente acepta esto o no aunque podría afirmarse casi con total seguridad que el cambio para la cliente, en este momento, no pasa por lo que dice la terapeuta sino por la capacidad de “dejar ir” lo que sucedió y sus consecuencias. La terapeuta matiza esta experiencia de “dejar ir” e introduce la idea de que este “dejar ir” no debe responder al miedo de la cliente sino que depende de un paso previo: la aceptación. Sin embargo, ello no parece producir ningún efecto en la cliente que sigue elaborando su idea del “dejar ir” y del cómo conseguirlo (mediante el perdón vivencial). Mientras en los dos primeros fragmentos presentados la cliente ocupa más bien la posición de víctima

y de alguien que no puede enfrentar la catástrofe de lo sucedido y sus implicaciones, en este tercer fragmento se observa un cambio de posición. Aquí, la terapeuta posiciona a la cliente como alguien que debe hacer algo y convierte la experiencia del “dejar ir” en algo activo y cuyo origen debe ser la cliente y no en algo pasivo y que sucederá por sí mismo. Tal y como sugieren Neimeyer y Stewart (1996) y Attig (1996) el duelo no es algo que se nos hace sino que es algo que nosotros hacemos y la cliente empieza a ocupar esta posición más proactiva.

- Internalización de la voz de la cliente

Uso de la primera persona del singular por parte de la terapeuta para reflejar el discurso de la C

Fragmento N. 15

T: *bien, me siento muy contenta de que puedas ser tan clara y de “así es como fue y quiero toda la verdad”*

C: *sí, es de ahí de donde todo viene. (...) y este último año estoy aprendiendo a decir “esta es la relación que quiero tener porque es importante para mí, y lo siento si no os gusta porque me preocupáis y si no lo aceptáis entonces no me aceptáis a mí (...)”*

T: *Mhmm-Mhmm, Mhmm-Mhmm*

Obsérvese cómo el uso de la primera persona del singular que hace la terapeuta no responde a sus deseos ni al azar sino más bien a la incitación a revivir una historia. De este modo, la terapeuta introduce una diferencia entre narrar una anécdota del pasado utilizando formas verbales del pasado o revivirla en el aquí y ahora, reviviendo así las emociones surgidas en la conversación que vuelve a representarse en sesión. La terapeuta se sirve del reflejo, es decir incorpora la voz de las necesidades de la cliente convirtiéndose en un espejo para la cliente que puede, de este modo, escuchar sus propias necesidades en boca de otra persona. Nótese cómo esta intervención de la terapeuta desencadena en la cliente una serie de afirmaciones que hacer como forma de mostrar a la terapeuta aquellas cosas que no está dispuesta a seguir aguantando y, como decíamos anteriormente, como forma de satisfacer probablemente los propios “deseos” de la terapeuta sobre cómo evolucionar en la terapia. Nótese de nuevo cómo la terapeuta invita a la cliente a seguir su discurso cambiándola de posición (de alguien pasivo a alguien activo) mediante el uso de la internalización de su voz en los siguientes dos ejemplos ilustrativos de este mecanismo que proponemos a continuación:

Fragmento N. 16

C: *creo que las personas deben seguir adelante, no puedes vivir siempre en ese pasado*

T: *al mismo tiempo que parece importante expresar cómo sucedió todo y*

cómo te sentiste, de manera legítima

C: sin que te digan “no deberías sentirte así”

T: sentir que te apoyan, claro, esta soy yo y así es como me siento y reprimirlo es negar la realidad, es negar quien eres hoy

C: con quien más me cuesta es con mi hermana adoptiva, la mayor.

Fragmento N. 17

C: siento que estoy en un momento de mi vida en el que debo abrazar todo esto. Creo que, ante todo, por mi bienestar y desde luego por mi relación con mi marido porque le quiero mucho y sé que soy capaz de destruir también esta relación

T: Mhmm, Mhmm, hay este miedo de que si no manejo lo que me sucede podría perderle, podría destruir mi matrimonio

C: con mi propio quehacer

T: con tu propio quehacer

En diversas ocasiones, la terapeuta utiliza la voz de la cliente y repite lo que ésta misma ha dicho utilizando la primera persona del singular, como si hubiera internalizado la voz de la cliente. De este modo: a) la terapeuta se convierte en un espejo para la cliente dando la oportunidad a la cliente de escuchar su propio discurso de manera externa a ella; b) empatiza con la cliente; c) puede comprobar si su comprensión de lo que la cliente está diciendo es correcta o no.

- Interrupción

Fragmento N. 18

T: ya, es difícil aislar una experiencia del resto... creo que forma parte de las limitaciones del cuestionario pero

C: quiero decir que es duro tratar de generalizarlo. Me resulta interesante porque cuando leía los ítems del cuestionario me daba cuenta de que había cosas que también sentía hacia mi madre adoptiva pero trataba de separar esos dos sentimientos.

T: ya.

La cliente interrumpe a la terapeuta como forma de no cambiar de tema. A pesar del “pero” que utiliza la terapeuta probablemente como forma de cambiar de tema o de quitarle importancia, parece que para la cliente es suficientemente relevante como para dedicarle unos segundos más e ignorar la voz del “pero” que la terapeuta enuncia. La cliente se sirve pues de la interrupción como forma de marcar que ese es un tema relevante para ella.

- Externalización: distanciamiento como forma de reducir la amenaza

Fragmento N. 19

T: Mhmm, es frustrante para ti que a pesar de tus esfuerzos, a pesar de todo

lo que dices, a pesar del éxito que has logrado hasta ahora y que constantemente te esfuerzas, todavía sientes

C: *eso sigue ahí*

T: *Ya*

En esta conversación, la terapeuta se refiere a estados internos de la cliente como forma de invitarla a un análisis interno mientras que la cliente responde refiriéndose a algo con entidad propia fuera de sí mismo. Así, la terapeuta intenta hablar de los sentimientos de la cliente desde un punto de vista de origen interno de los mismos, mientras la cliente los “coloca” fuera de sí misma y, por lo tanto, su discurso se basa en el origen externo. Con ello, la cliente desvía de la atención de la conversación de sí misma hacia el exterior. A partir de aquí, el diálogo entre la diada podría seguir tomando la perspectiva de la externalización o podría redirigirse de nuevo hacia el “interior” de la cliente. En este caso, presuponemos que en parte por el modelo en el que la cliente ha sido socializada, es ella misma quien redirige la conversación de nuevo hacia sí misma y hacia sus sentimientos. Así, terapeuta y cliente “juegan” con el origen interno y el origen externo como forma de tantear ambas posibilidades. Véase, sino, lo que sucede a continuación:

Fragmento N. 20

C: *sigue estando ahí*

T: *ya*

C: *Sigo sin sentirme cómoda*

T: *Mhmm-m*

C: *Sigo sin sentirme cómoda*

T: *parece que esas cosas son obviamente aspectos centrales en tu vida. Al no sentirte completamente cómoda y bien contigo misma, no merecedora del éxito, experimentando constantemente el miedo de que tienes que demostrar algo a los demás, parece que llevas contigo esas cosas vayas a donde vayas y que querrías librarte de ellas. Esos temas han emergido casi cada vez que nos hemos visto, siguen saliendo a la superficie. Parece que todo ello proviene de tu infancia y, especialmente, de la muerte de tu madre y lo que sucedió a raíz de ello. Muchas cosas se formaron entonces, en esos años formativos de tu vida. La falta completa de control y lo terrorífico que debió ser me hacen pensar en tu necesidad actual de controlar tu entorno como forma de experimentar cierto confort. Sin él, tu vida fue un caos. ¿Tiene esto sentido para ti?*

Aquí, la cliente moviliza su discurso desde una posición externa al inicio de una posición interna (es decir, cómo se siente) y la terapeuta reconoce también lo externo (*siguen saliendo a la superficie*) mientras la ayuda a elaborar sus propios procesos internos (*parece que llevas contigo esas cosas vayas a donde vayas*).

III. LIBERACIÓN DE LOS DISCURSOS QUE CONSTRIÑEN A LA CLIENTE: HACIA UNA TRANSFORMACIÓN DIALÓGICA

- Uso de la doble voz o del tercer hablante

Fragmento N. 21

C: *ya (p:00:00:12), bueno es difícil porque algunas personas dirían, ya sabes, que mi madre fue una mierda toda su vida (risas)*

T: *y no es tan simple*

C: *no, no lo es, y no es justo etiquetarla así, no lo es para mí (llorando y con la voz temblorosa) porque no es como yo me sentí. Yo sentía que mi madre me quería aunque fuera una niña traviesa; yo era una niña mala.*

Fragmento N. 22

T: *Creo que tiene que ser difícil, o me pregunto si es difícil, sentirte legítimamente enfadada con tu madre, que de alguna manera*

C: *claro, porque probablemente lo intento, lo intento, pero me han dado tantos mensajes de cómo debería sentirme al respecto. “Obviamente estaba enferma para hacer algo así...”*

Con el uso de la doble voz (Bakhtin (1986) o del “tercer hablante” (Peytard, 1993), la cliente da voz a enunciados que pertenecen a otros enunciadores. Aun así, estos tienen una influencia directa en ella y resuenan en similitudes y/o diferencias respecto a su propia construcción de determinados hechos y personas (ej., en este caso, respecto al suicidio y a su madre). La cliente parece presa por dichos discursos que la oprimen y afligen.

- Internalización de la voz de la Terapeuta

Fragmento N. 23

Al principio de la sesión de terapia:

T: *ya, ya, eso debe asustar mucho. Suena como si fuera un buen motivo para no dirigir la vista a esas emociones, porque duelen, duelen mucho;*

C: *claro.*

Al final de la sesión de terapia:

C: *claro, creo que tienes razón, me asusta el proceso, pero empiezo a poner orden y me gusta (...).*

Curiosamente, es la terapeuta quien prácticamente inicia la sesión utilizando la palabra “asustar” para describir cómo se siente la cliente al venir a la terapia a hablar de su duelo por la muerte traumática de su madre. A pesar de que la cliente lo confirma con un “claro” a continuación, no continúa elaborando dicho sentimiento. No es hasta el final de la sesión cuando la cliente da explícitamente la razón a la terapeuta. Sin embargo, el sentimiento no es tan sólo de estar asustada; al final de esta sesión y a pesar de seguir habiendo miedo en la cliente hay también la voz del “disfrute” al empezar a organizar lo que le está sucediendo.

- Explicación de comunalidades

Fragmento N. 24

C: *quizá la gran devastación se lo llevó todo, no sé*

T: *ya, ya. Creo que lo que dices es probablemente uno de los problemas con ese cuestionario; muchas de las personas que tienen dificultades para responderlo son personas que vienen por temas relacionados con la muerte, con situaciones que giran entorno a una muerte, porque son situaciones diferentes (...).*

Frente a las dificultades que en esta sesión la cliente sigue exponiendo respecto a la administración de una batería de tests que se le realizó en la entrevista de evaluación, la terapeuta se sirve del recurso retórico de la explicación de comunalidades que la cliente tiene con otras personas que han solicitado ayuda psicológica por temas relacionados con la muerte de una persona cercana a ellos y define estas situaciones como distintas de las demás; por otro lado, también define las dificultades de la cliente a la hora de responderlo como consecuencia de las limitaciones de los propios cuestionarios.

- Reconocimiento de necesidades y deseos

Fragmento N. 25

T: *mm-hm, y ¿quieres que sean, quieres que sean conscientes de ello, que reconozcan su responsabilidad y negligencia?*

C: *sí, bueno, quiero que ellos*

T: *lo sepan, sean conscientes de que*

C: *sí, no tienen que decirme nada a mí pero necesito que sepan que yo lo sé. No acepto un “de veras que quería hacer algo por ti pero nadie me dejó”, no acepto esto.*

Mediante la validación y el reconocimiento de los deseos de la cliente, la terapeuta la posiciona como alguien que tiene derecho a expresar sus necesidades y a hacerlo saber cuando no sucede así (en este caso respecto a su familia). La sesión va tomando cada vez un tono más crítico y la cliente da voz al enfado (en lugar de al bloqueo y la tristeza característica de las primeras sesiones), lo cual le permite ser todavía más crítica con todos esos mensajes que recibe de todas partes como decía en la primera sesión y que contribuían a la sensación de difusión y malestar que experimentaba.

- Uso de la deferencia por parte de la Terapeuta

Fragmento N. 26

C: *estoy cansada de tanta especulación por parte de la gente de fuera, que vivían tan lejos y a quienes veía una vez al año, con suerte, así que no me digáis cómo fue, yo os diré cómo fue*

T: *bien, me siento muy contenta de que puedas ser tan clara y de “así es*

como fue y quiero toda la verdad”.

En este corto fragmento puede observarse cómo la terapeuta se posiciona como alguien que se alegra (o, implícitamente queda dicho que también podría no hacerlo) de lo que la cliente hace fuera de las sesiones y, cómo en este caso en particular, la terapeuta se alegra porque la cliente expresa sus emociones en sus relaciones (lo cual forma parte del trabajo terapéutico que están realizando conjuntamente en las sesiones). De este modo, encontramos que: a) la terapeuta refuerza positivamente, valida, la posición de la cliente como alguien que tiene derechos y necesidades y que está dispuesta a manifestarlos; nótese cómo en la primera sesión, la cliente no se presenta de este modo sino que lo hace como alguien sometido a los discursos circundantes y como una posición sin voz, aunque, en esta sesión, la cliente cambia de posicionamiento para ocupar uno activo, de confrontación y manifestación de su propia experiencia, lo cual pasa por el reconocimiento y la aceptación de la misma; b) la terapeuta se posiciona como alguien que puede alegrarse (o, considerando el polo sumergido de este constructo, disgustarse/entristecerse) de los logros (o fracasos) que la cliente realiza extra-sesión. Ello fomenta el posicionamiento de la terapeuta como el de alguien que supervisa lo que otra persona hace y, por tanto, puede considerarse este fragmento de texto y la intervención de la terapeuta como manifestación de la terapia vista en términos de una relación jerárquica; c) la deferencia que los clientes sienten en general por sus terapeutas como las personas expertas, se acentúa también con el uso de este mecanismo retórico; es decir, si la alianza terapéutica entre ambas no se consolidase, la cliente podría aceptar por deferencia las enunciaciones de la terapeuta o bien, podría pasar a actuar y a narrar tan sólo aquello que crea satisfacción a su terapeuta. En este punto, la cliente puede sacar la conclusión de que una de las formas de ser “aceptada” por la terapeuta es explicarle cómo se muestra asertiva y manifiesta sus sentimientos a los demás. Así, estos pasan a formar parte del diálogo terapéutico tal y como la terapeuta había propuesto en la sesión inicial.

- Representación dialógica en el “aquí y ahora” de una conversación pasada o transformación temporal

Fragmento N. 27

C: mi hermana adoptiva está enfadada porque me atreví a invitar a mi hermana biológica a mi casa por Navidad y ella no la quiere en casa. Yo le dije claramente: “No pienso dejarla sola”

T: Mhmm

C: “¿te gustaría que te dejaran sola a ti? Tú al menos tienes padres con los que podrías pasar la Navidad pero ella no tiene a nadie y es importante para ella ser parte de esto y es importante para mí que lo sea. Quiero a las niñas aquí y la quiero a ella aquí”.

T: Mhmm-Mhmm

C: *y esta es mi casa (risas)*

En el momento en el que la terapeuta da voz a las propias necesidades de la cliente utilizando la primera persona del singular (como mencionábamos previamente) y, reflejando de este modo el discurso de la cliente, empieza a emerger la voz de la discrepancia y de la afirmación personal. Hemos subrayado cómo la cliente habla de lo que quiere y de lo que es importante para ella y cómo a la vez fija límites para con los demás subrayando por ejemplo que en su casa no está dispuesta a hacer lo que los otros le dicen que haga.

- Formulación de teorías que dan significado a lo que le sucede a la cliente en un proceso de co-construcción

Fragmento N. 28

T: *un niño a quien se le da el mensaje, ya sabes, cuando los padres le abandonan, creen que tienen que haber hecho algo malo, que son culpables. ¿Tiene sentido que todo esté estrechamente vinculado?*

C: *sí, sí. En este sentido de culpa, es realmente, sé por un lado que hizo lo que tenía que hacer pero tienes razón en que hay algo que*

T: *como niña no tuviste otros recursos ni pudiste interpretar las cosas de otra manera. No tenías la sofisticación de un adulto o una perspectiva objetiva. Tuvo que ser como un ¿cómo pueden hacerme esto? Debe significar que soy mala. En este sentido experimentaste que tus necesidades no eran respetadas, eran más bien colocadas en una estantería y allí se quedaban. Quiero decir, ¿quién te cuidaba?*

C: *nadie*

T: *nadie*

C: *nadie*

T: *así que tiene perfecto sentido que te sintieras plagada de esos sentimientos que todavía hoy van en tu caza.*

C: *Nunca pensé en el aspecto del control y es interesante que tú lo menciones porque es así. Tuve que controlarlo todo porque mi padre no funcionaba*

(...)

C: *oh sí. Utilizaste la palabra “cazar” y es eso exactamente. Es como si se tratara de un fantasma o algo así.*

T: *ya*

C: *tienes razón, es una cacería. Tienes razón, me da escalofríos*

La terapeuta ofrece a la cliente su propia teoría de porqué le ha sucedido y le sucede lo que la trae a terapia: su bloqueo a la hora de elaborar el duelo por la pérdida de su madre (véanse, de nuevo, los fragmentos 10 y 20 a este respecto). Su interés se centra en conocer si también para la cliente tienen sentido estas teorías. A pesar de que la cliente afirma que encajan con su visión, la terapeuta utiliza la voz de la

autoridad y de experta cuando afirma que para ella tienen “perfecto sentido”. Este uso de los mecanismos retóricos mencionados se hace patente cuando la cliente le da la razón. En varios turnos más de palabra, la terapeuta sigue ofreciendo sus hipótesis a la cliente quien las acepta (dándole la razón a la terapeuta) y continúa elaborando en un proceso de co-construcción de significados (a pesar de que la iniciativa inicial proviene de la terapeuta);

En todos ellos, la terapeuta no sólo vincula sus hipótesis con su visión inicial de cómo deben ambas enfocar su trabajo sino que también las vincula con las teorías de la cliente acerca de lo que le sucede como forma de aproximar ambas en una misma línea de trabajo. La forma cómo lo hace es recuperando metáforas que han ido saliendo a lo largo del proceso y que fueron introducidas por la propia cliente. Del mismo modo y con esta misma intención, la terapeuta recuerda a la cliente preguntas que le había formulado con anterioridad a la vez que continúa elaborando su visión acerca de lo que le sucede a la cliente. Véase el siguiente fragmento de transcripción que ilustra lo que acabamos de mencionar:

Fragmento N. 29

T: ya, barrerlo debajo de la alfombra; es como si estas cosas fueran una herida abierta, son muy dolorosas para ti. Una vez me preguntaste si podrían llegar a doler menos. No sé si te respondí bien en aquel momento pero creo que sí pueden doler menos. Creo que como cualquier herida pueden curarse; siempre existirá esa pérdida, es una realidad en tu vida, has sufrido profundas pérdidas pero no tienen por qué doler siempre tanto, como heridas abiertas permanentemente. Pueden sanar, pueden cerrarse si tienes la oportunidad de elaborar el duelo y pasar de nuevo por ese proceso. La otra cosa que sucede si no se elabora un duelo es que te quedas bloqueada en las percepciones que tuviste cuando eras niña y entonces nunca puedes expresarte de otra manera, evolucionar, cambiar, todo queda como congelado en la experiencia infantil. Sólo revisando algunas de esas cosas y siendo capaz de contactar de nuevo con lo que sentiste y tuviste que reprimir podrán emerger nuevos significados, nuevas comprensiones, nuevas percepciones,... has tenido todas estas cosas durante todos estos años... no se trata sólo de decir “soy una persona que vale la pena y merece cosas buenas”, se trata de sentirlo

C: ya

Vistos estos ejemplos, se hace patente que la visión de la terapeuta acerca de los problemas de la cliente pasa por el hecho de no haber elaborado el duelo cuando había tenido lugar la pérdida traumática y por el hecho de haber suprimido y reprimido las emociones que tendrían que haber sido expresadas en aquél momento. Por este motivo, en esta diada, el trabajo pasa por la exploración, articulación y elaboración de emociones en el presente fruto de la re-vivencia de tal situación

crítica del pasado. Este tipo de duelo que la cliente experimenta recibe el nombre de duelo complicado en la literatura de los procesos de duelo (véase Worden, 1997).

IV. FACILITADORES DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA: HACIA UNA MAYOR COMPRENSIÓN

- Proporcionar comodidad

Fragmento N. 30

C: *“esta es mi casa”* (risas)

T: *claro, **tengo derecho** a hacer lo que quiera, esta es mi casa*

Con el uso de la primera personal del singular y la enunciación de la terapeuta sobre el hecho de que la cliente tiene derechos provee de confort a la misma al mismo tiempo que lo reifica y reconoce como algo válido y positivo.

- Resumen y comprobación de que se ha comprendido a la Cliente

Fragmento N. 31

C: *y de nuevo me pregunto ¿me lo estaré haciendo todo yo? Quiero decir que llega un momento en el que te planteas que ya no lo quieres aceptar más. Ya he tenido suficiente. No quiero aceptar más las expectativas de los demás sobre mi comportamiento, o las expectativas sobre mis relaciones con las personas o los comentarios sobre mi madre o mi padre, por parte de gente a quienes casi no conozco y a quienes he escuchado siempre en el pasado*

T: **así que para ti es como un: “no voy a escuchar nunca más”**

La terapeuta cierra la sesión con una frase-resumen y una forma de cerciorarse de que ha comprendido a la cliente mediante la utilización de la “fórmula”: *“así que para ti es como un”*. De este modo, concluye con una “moraleja” la sesión y puede reforzar aun más la voz crítica que ha emergido en esta sesión.

- Clarificación de posibles malentendidos o comprobación de que se ha comprendido a la cliente

Fragmento N. 32

C: *tiene sus ramificaciones porque mi hermana está muy enfadada conmigo desde Navidad*

T: *¿te refieres a tu hermana adoptiva? sí*

C: *está enfadada porque invité a mi hermana biológica (...)*

Anticipando una posible pérdida o confusión en la narración de la cliente, la terapeuta pregunta a la vez que se responde a su propia pregunta en voz alta sobre un posible malentendido alrededor del personaje sobre el que se está centrando el tópico del diálogo en este momento. Parece como si la terapeuta hubiera tenido un diálogo interno en voz alta donde ella misma es la enunciativa de una interrogación y la persona que responde a tal enunciación. La cliente, por su parte, continúa su

narración por donde había sido cortada con la interrupción por clarificación de la terapeuta casi como si ni siquiera hubiera percibido la intervención de ésta. Si se leen las dos intervenciones de la cliente sin la interrupción de la terapeuta puede observarse cómo parece que la cliente “ignorara” y dé por saldada la confusión, continuando con lo que estaba diciendo.

- Proporcionar seguridad en el contexto de la relación terapéutica

Fragmento N. 33

T: esas cosas tienen mucho poder, cierto; así que quieres ser capaz de enfrentarte a tus miedos de manera que puedas sobrevivir. Va a dolerte, pero también pasará y podrás soportarlo porque vas a revivirlo de una manera y en un entorno que son distintos a los que te envolvían cuando pasaste por esto la primera vez

C: ese es un buen punto, sí

T: y lo harás a tu manera, tú controlas el proceso y puedes dar un paso adelante y un paso atrás, en la manera en la que puedas manejarlo

C: vale

Puesto que la terapeuta invita a la cliente a trabajar en un proceso que será doloroso, palia el miedo por este proceso ofreciendo un contexto seguro en el que revivir todo lo sucedido mediante asegurarle que al igual que dolerá este dolor desaparecerá y validando sus recursos para soportarlo. De este modo, y al igual que en sesiones anteriores, la terapeuta otorga el control de la situación a la cliente y le recuerda que es ella quien marcará el ritmo de las sesiones.

CONCLUSIONES

El diálogo terapéutico es distinto de cualquier otra conversación y como tal necesita su propio contrato dialógico que se hace presente mediante las claves de contextualización enunciadas en este artículo. Todo ello valida la terapia como un proceso retórico y a los terapeutas como artistas de la conversación y transmisores de este arte a sus clientes en un proceso conjunto de suplementación y posicionamientos que no tienen sentido el uno sin el otro.

Por otro lado, y puesto que la terapia tiene como finalidad ayudar a los clientes a encontrar la inteligibilidad y transformación de sus procesos psicológicos, diversos mecanismos pragmático-retóricos sirven para esta finalidad, especialmente en las intervenciones de la terapeuta como principal responsable del diálogo y en un espacio de seguridad y confort mantenido por el establecimiento de un buen vínculo terapéutico. La terapia, pues, ayuda a la cliente a cambiar de posición respecto de los problemas y discursos que la constriñen; en este caso, la cliente pasa de sufrir los efectos consecuentes a la muerte de su madre como algo que se manifiesta a su libre albedrío, sin su control y que le produce malestar para pasar a ocupar la posición de alguien que los controla, comprende y elabora hasta que se

permite cerrar ese capítulo de su vida para iniciar uno de nuevo.

Tal y como manteníamos al principio de este artículo, las personas que elaboran un proceso de duelo sienten que tal suceso crítico desorganizó sus vidas y su sentido de identidad, quedando como una experiencia sin construir por la imposibilidad de ser narrada. Tal y como los fragmentos de esta psicoterapia ilustran, el proceso de posicionar a la cliente como alguien activo en la atribución de significados y como alguien que debe imponer estructura y organización a este caos producido por la pérdida puede equipararse a lo que Kelly (1955/1991) describió como Ciclo de la Creatividad. Es decir, el paso de la ambigüedad (o laxitud) en los constructos a la rigidificación de los mismos puesto que este ciclo “empieza con una construcción laxa y termina con una construcción rígida y validada” (Kelly, 1955/1991, p. 388), de igual modo que la cliente impone estructura y claridad a aquello que no la tenía. De este modo, la cliente, inicialmente ocupando la posición de víctima del destino que su madre le escribió se convierte en alguien que ocupa la posición de quien controla las riendas de su vida y es autora de su propia historia (en la que su madre fue una co-autora significativa pero no una co-autora determinista). El último fragmento de la sesión número 11, tras realizar la técnica de la silla vacía, ilustra perfectamente lo que acabamos de comentar:

Fragmento N. 34

T: *bien, ¿cómo te sientes ahora?*

C: *me siento bien; me siento un poco liberada*

T: *y un poco triste*

C: *sí, un poco triste*

T: *¿como si te hubieras despedido?*

C: *Mhmm-Mhmm*

T: *Mhmm-Mhmm*

C: *sí*

T: *¿te gustaría decir adiós?*

C: (p:00:00:07) (llorando) *sí*

T: *bien, (pone de nuevo la silla vacía frente a la cliente) parece importante*

C: *¿sabes? Mhmm, esto es muy difícil mamá pero quiero decir adiós a esa parte de ti. Probablemente seguiré pensando en ti, y en papá, pero realmente quiero, realmente quiero despedirme de ti, mamá (respira profundamente); te quiero (se le quiebra la voz, llora) y siempre pensaré en ti.*

T: *Mhmm*

C: *pero ya es hora de que*

T: *es hora de decir adiós*

C: *es hora de hacerlo*

T: *Mhmm*

C: *es hora de hacerlo (p:00:00:06)*

T: *¿puedes despedirte, decir adiós?*
C: *sí. Adiós mamá (p:00:00:10) (suspira) adiós*
T: *Mhmm*
C: *(p:00:00:10)*
T: *¿qué te está sucediendo? ¿te sientes triste?*
C: *(llora) sí, me siento triste*
T: *ya, cuesta despedirse*
C: *(suaviza el tono de voz) me siento triste*
T: *Mhmm-Mhmm, siéntelo*
C: *(coge un kleenex y se suena la nariz) (p:00:00:17)*
T: *duele, ¿verdad?*
C: *(con tono suave) sí (P:00:00:07), duele,... pero me siento bien.*

En este proceso, la cliente es capaz finalmente de “decir adiós” y despedirse de su duelo para decir hola a su vida y a sus relaciones, tal y como sostendría White (1988) desde un enfoque narrativo del trabajo con procesos no resueltos como puede ser un duelo no elaborado.

En este artículo presentamos el caso de Sandra que acude a terapia veintiséis años después de que su madre se suicidara. Con la finalidad de acercarnos a cómo esta cliente elaboró el duelo hemos llevado a cabo un análisis pragmático-retórico de su proceso psicoterapéutico presentando fragmentos de las transcripciones de psicoterapia como ilustración de cada uno de los mecanismos descritos. Desde el constructivismo relacional, la terapia, ayuda a los clientes a cambiar de posición respecto de los problemas y discursos que les constriñen; en este caso, la cliente pasa de sufrir los efectos consecuentes a la muerte de su madre como algo que se manifiesta a su libre albedrío, sin su control y que le produce malestar para pasar a ocupar la posición de alguien que los controla, comprende y elabora hasta que se permite cerrar ese capítulo de su vida para iniciar uno de nuevo.

Palabras clave: constructivismo relacional, narrativa, identidad, duelo, psicoterapia y mecanismos pragmático-retóricos.

Referencias bibliográficas

- ANGUS, L.E., BOUFFARD, B. (2002). “I don’t understand”: *The search for emotional meaning and self coherence in the face of traumatic loss in childhood*. *Revista de Psicoterapia*, 49 (este volumen).
- ANGUS, L., HARDTKE, K. & LEVITT, H. (1996). *An Expanded Rating Manual for the Narrative Processing Coding System*. Unpublished manuscript. Copyright pending. Department of Psychology, York University, North York, Ontario, M3J 1P3.

- ANGUS, L., HARDTKE, K., LEVITT, H., BOTELLA, L., & HERRERO, O. (1999). Manual del Sistema de Codificación de los Procesos Narrativos. (Versión en español del Narrative Process Coding System). Manuscrito no publicado. Pendiente de copyright. Departamento de Psicología. Universitat Ramon Llull. Cister 24-34. 08022-Barcelona. (Disponible también en el Department of Psychology, York University, North York, Ontario, M3J 1P3. Canada).
- ATTIG, T. (1996). *How we grieve: Relearning the world*. New York: Oxford University Press.
- BAKHTIN, M. (1986). The problem of speech genres. In M. Bakhtin (Ed.). *Speech genres and other late essays* (pp. 60-102). Austin: University of Texas.
- BOTELLA, L. (2001). Diálogo, relações e mudança: Uma aproximação discursiva à psicoterapia construtivista. En Ó. Gonçalves & M. Gonçalves (Eds.), *Abordagens construcionistas à psicoterapia*. Coimbra: Quarteto.
- BOTELLA, L., & HERRERO, O. (2001). El Entramado Narrativo de la Pérdida y el Duelo. En Pérez, C. *La familia: Nuevas aportaciones*. Barcelona: Edebé.
- BOTELLA, L., & HERRERO, O. (2000). A relational constructivist approach to narrative therapy. *European Journal of Psychotherapy, Counselling, and Health*, 3, 407-418.
- BOTELLA, L., & HERRERO, O. (2000). Constructivismo & Psicoterapia en la Edad Avanzada. *Revista Española de Geriátria & Gerontología*, 35, 10-25.
- BOTELLA, L., PACHECO, M., HERRERO, O. & CORBELLÀ, S. (2000). Investigación en Psicoterapia: El Estado de la Cuestión. *Boletín de Psicología*, 69, 19-42.
- BURR, V. (1997). *Introducció al construccionalisme social*. Barcelona: Proa.
- FERRARA, K. W. (1994). *Therapeutic ways with words*. New York: Oxford University Press.
- HERRERO, O. (1999). *Análisis de Narrativas con Apoyo Computerizado: Fundamentos Conceptuales, Metodológicos & Aplicación a una Narrativa del Duelo*. Trabajo de tesina no publicado.
- Canine, J.D. (1990). *I can, I will*. Birmingham, Mich.: Ball Publishers.
- Engel, G. (1964). Grief and grieving. *American Journal of Nursing*, 64, 93-98.
- KELLY, G.A. (1955/1991). *The psychology of personal constructs (Vols. 1 and 2)*. London: Routledge.
- KÜBLER-ROSS, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.
- LINDEMANN, E. (1944). Symptomology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- MAHONEY, M.J. (1991). *Human change processes*. New York: Basic Books.
- MAINGUENEAU, D. (1996). *Términos claves del análisis del discurso*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Neimeyer, R.A., & Stewart, A.E. (1996). Trauma, healing, and the narrative employment of loss. *Families in Society*, 77, 360-375.
- NEIMEYER, R.A. (1997). Meaning reconstruction and the experience of chronic loss. In K.J. Doka and J. Davidson (Eds.), *Living with grief: When illness is prolonged*. Washington, D.C.: Hospice Foundation of America.
- NEIMEYER, R.A. (1998). *Lessons of loss: A guide to coping*. New York: McGraw-Hill.
- NEIMEYER, R.A., BOTELLA, L., HERRERO, O., PACHECO, M., FIGUERAS, S., & WERNER-WILDNER, L.A. (2002). The meaning of your absence: Traumatic loss and narrative reconstruction. In J. Kauffman (Ed.). *Loss of the Assumptive World: A theory of traumatic loss*. New York: Brunner-Routledge.
- PEYTARD, J. (1993). D'une sémiotique de l'altération. *Configurations discursives, Semen 8*, Université de Besançon, 143-177.
- POTTER, J. (1998). *La representación de la realidad: Discurso, retórica & construcción social*. Barcelona: Paidós.
- RENNIE, D.L., PHILLIPS, J.R., & QUARTARO, G.K. (1988). Grounded theory: A promising approach to conceptualization in psychology? *Canadian Psychology*, 29, 139-150.
- SARBIN, T.R. (1986). *Narrative psychology: The storied nature of human conduct*. New York: Praeger.
- TORRALBA, F. (1995). *El sofriment un nou tabú?* Barcelona: Claret.
- VAN DER HART, O., & BROWN, P. (1992). Abreaction re-evaluated. *Dissociation*, 5, 127-138.
- VAN DER KOLK, B.A., & VAN DER HART, O. (1991). The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago*, 48, 425-454.
- WHITE, M. (1988). Decir de nuevo: ¡Hola! *Dulwich Centre Newsletter*, 3, 17-30.
- WINCHESTER, J. (1998). *Families making sense of death*. London: Sage.
- WITTGENSTEIN, L. (1953). *Philosophical investigations*. New York: Macmillan.
- WORDEN, J.W. (1997). El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. *Barcelona: Paidós*.

LA EXPERIENCIA TRANSFORMADORA DE LA TERAPIA NARRATIVA DE DUELO.

Inmaculada Ochoa de Alda Ochoa de Eguileor
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
Universidad de Salamanca.
Avda. de la Merced s/n

In this article I will discuss an constructivist perspective of the bereavement. That perspective emphasizes the difficulties caused by sociocultural context when someone has to cope with the death of a family member, a serious life transition. The best-suited therapy to deal with this problem considers the social, family and personal aspects which are affecting the loss experience. On this matter, the therapist helps clients - individuals and families- to found a narrative based on a new link with the deceased person that allows clients getting involved in a satisfactory life.

Key words: individual bereavement process; family bereavement process; life cycle; positive narrative; social support; and, future projects.

INTRODUCCIÓN

Vivimos en una sociedad, la occidental, que trata con todos los medios a su alcance de alejar o disfrazar cualquier experiencia o acontecimiento relacionado con la muerte y el sufrimiento (Rando, 1984). Por esta razón, el modelo sociocultural que guía el afrontamiento de esta transición vital explica una parte importante de las dificultades que tienen muchas personas cuando pierden a un ser querido. La situación se agrava si los profesionales que les atienden también actúan presionados por el citado modelo. En este sentido no es inusual comprobar cómo las manifestaciones propias del proceso de duelo se rotulan con diagnósticos psicopatológicos susceptibles de un tratamiento exclusivamente medicamentoso. De este modo se desvía el tema de la muerte y se centra al ahora «paciente» en una lucha por superar sus síntomas y olvidar con urgencia a quien ha desaparecido.

Todo este escenario presiona a las personas para que se recobren rápidamente del impacto provocado por la pérdida, ya que de no ser así planeará sobre ellos la etiqueta de enfermos o débiles. Sin embargo, como explicaremos más adelante, en

los últimos años ha surgido una corriente, apoyada en la clínica y en la investigación, que cuestiona diversas creencias ligadas al modelo social sobre el afrontamiento de la muerte. Entre tales creencias podemos destacar las siguientes: el superviviente debe desvincularse afectiva y mentalmente del fallecido; el proceso de duelo tiene lugar en un tiempo relativamente corto, no superior a uno o dos años, superándose la fase aguda a los dos meses de haberse producido la pérdida del ser querido; y, la transición que comporta el duelo implica aceptar sin reservas la pérdida y retomar el nivel de funcionamiento previo a la misma (Avia y Gómez, 1999).

Ciertamente, es un hecho que los seres humanos establecen fuertes vínculos afectivos con sus seres queridos (Neimeyer, 2002). Por esta razón se entiende mejor que tras el fallecimiento de alguno de ellos, quienes mantenían una relación estrecha con él se “resistan” al proceso de desvinculación y necesiten tiempo para adaptarse a los distintos cambios desencadenados por una realidad tan dura. Entre dichos cambios sobresalen los que afectan a los valores fundamentales que regían la vida de estas personas, así como las creencias sobre el mundo, sobre los otros y sobre sí mismas, que constituían su propio mapa de la realidad. En consecuencia, resulta comprensible que no siempre encuentren en un plazo breve de tiempo unos esquemas útiles para dar sentido a su existencia.

El panorama que estamos esbozando es ciertamente complejo ya que el proceso de duelo de una persona tiene lugar en conexión con el proceso de duelo familiar y ambos cuentan con el trasfondo social ya mencionado. Así, por ejemplo, el fallecimiento de uno de los cónyuges cuando la pareja lleva poco tiempo casada suele convertirse en un suceso vital complicado de afrontar. Si quien muere es el marido, la joven viuda sufre la pérdida de su pareja pero también en ocasiones la de su *status* social. Además, una mujer tiene más dificultades que un hombre para iniciar nuevas relaciones, puesto que nuestra cultura lo ha venido considerando una traición al difunto. Por el contrario, si quien muere es la esposa, tradicionalmente se espera que el joven viudo inicie rápidamente una nueva relación, confiando en que la segunda mujer entienda y apoye un duelo prolongado por la primera (Parkes y Weiss, 1983).

A lo largo de las líneas que componen nuestro artículo consideraremos que afrontar la muerte de un componente de la familia implica afirmar su ausencia, lo que, en cierto modo, encierra una «despedida». Sin embargo, también requiere la presencia de dos aspectos importantes: en primer lugar, la construcción de un vínculo con el difunto que se apoye en un relato positivo, pero no idealizado, de esa persona y de las experiencias compartidas con ella; y, en segundo lugar, la reflexión acerca de las cualidades personales y familiares que los supervivientes han desarrollado gracias al contacto con dicha persona y que constituyen una parte importante de su identidad. Estos aspectos exigen que el terapeuta ayude a los clientes a desplegar las posibilidades que como seres humanos poseen para sobrevivir a situaciones difíciles.

ASPECTOS INDIVIDUALES Y FAMILIARES DEL PROCESO DE DUELO.

Tradicionalmente, la psicoterapia ha venido equiparando el proceso de duelo a una secuencia de fases bastante universal, la última de las cuales siempre corresponde al restablecimiento completo de quienes han sufrido la muerte de algún ser querido. Esta consideración se encuentra claramente en los escritos de Kubler-Ross (1975), Ramsay y Happeé (1977), Ramsay (1977) Brasted y Callahan (1984), Benoliel (1985) y Walsh y McGoldrick (1989, 1991).

Sin embargo, en los últimos años, la concepción clásica está siendo fuertemente cuestionada por autores como Wortman y Silver (1987, 1989), Epston (1994), White (1994), Exline, Dorrity y Wortman (1996), Avia y Vázquez (1999) y Neimeyer (2002). Todos ellos defienden que estandarizar el tiempo y el modo de adaptarse a la ausencia del difunto puede convertirse en uno de los factores principales que dificultan el afrontamiento de la pérdida.

Excluyendo, por tanto, que exista un modelo universalmente válido para hacer el duelo describimos a continuación el proceso de duelo personal que Neimeyer (2002) recoge como más representativo y el proceso de duelo familiar que exponen Walsh y McGoldrick (1989, 1991). Obviamente, asumimos que las respuestas y los planteamientos personales están influidos e influyen en las reacciones de otros miembros de la familia, y que ambos tienen que entenderse en función de los patrones socioculturales imperantes sobre el duelo y del apoyo social existente.

Por otro lado, cabe destacar el carácter dual y dinámico del proceso de duelo que, como permiten concluir las investigaciones de Stroebe y colaboradores (2001), es el resultado de combinar, de modo continuado, dos modalidades de funcionamiento distintas: la “orientación a la pérdida” y la “orientación a la reconstrucción”, es decir, el ser y el hacer. La orientación a la pérdida parece derivar del cuestionamiento e incluso de la invalidación -a veces momentánea y en ocasiones definitiva- de las creencias que hasta el momento de la muerte del ser querido regían y daban sentido a la vida de las personas; al reflexionar sobre lo ocurrido pueden desarrollar nuevas formas de ver las cosas, haciendo los ajustes pertinentes en sus sistemas de creencias y preparándose así para actuar mejor en el mundo exterior. Al mismo tiempo, la orientación a la reconstrucción hace que los supervivientes presten atención al contexto que le rodea, distrayéndose y cobrando cierta distancia para seguir después con sus cambios internos emocionales y cognitivos.

Por consiguiente, el afrontamiento de la muerte de un ser querido implica movimientos de vaivén entre ambas orientaciones; en ese sentido, las personas inmersas en esta transición vital unas veces se concentran en los sentimientos y creencias relacionadas con la pérdida y otras en los cambios que les conviene hacer en su contexto laboral, doméstico e interpersonal. El movimiento alternativo entre el “mundo interior” y el “mundo exterior” tiene lugar durante todo el proceso de duelo, razón por la cual situar exclusivamente el foco de atención en uno de estos niveles perjudica un buen afrontamiento.

El proceso de duelo individual.

Desde una postura flexible, que respeta las diferencias entre individuos, Neimeyer (2002) habla de tres etapas que pueden resumir los componentes más comunes de esta transición vital: (a) la etapa de evitación, (b) la etapa de asimilación, y (c) por último, la etapa de acomodación. Seguidamente presentamos una sucinta descripción de cada una de ellas, insistiendo en los aspectos que estimamos más importantes.

(a) La evitación es una respuesta indicativa de la dificultad para asimilar el hecho de que un ser querido ha fallecido y suele ser más intensa cuando la muerte ha sobrevenido inesperadamente. Se manifiesta principalmente en forma de dolor físico, entumecimiento general y sensaciones de aturdimiento, de distanciamiento o de disociación con respecto al contexto más cercano.

(b) La asimilación va apareciendo de un modo gradual, días o semanas después de fallecimiento, cuando la persona ya no está tan conmocionada por lo ocurrido y empieza a cobrar conciencia de que tendrá que vivir sin la habitual presencia del ser querido. Sobre todo, al principio, la constatación de la pérdida puede convivir con momentos de negación de la misma en los que el superviviente “olvida” que la persona ya no está viva; cuando así sucede cree verla por la calle, espera oír su voz al otro lado del teléfono en el momento de responder a una llamada o tiene la idea de que es como si se hubiera ido de viaje y que, por tanto, algún día regresará.

Durante esta segunda etapa en muchas ocasiones se habla de la existencia de síntomas depresivos puesto que suele estar salpicada de períodos de tristeza y de llanto, de alteraciones del sueño y del apetito, así como de apatía y de falta de concentración. En realidad se trata de respuestas normales relacionadas con los sentimientos de vacío y de dolor ante la ausencia de quien ha muerto, cuya intensidad y duración varían notablemente de unos individuos a otros.

Algunas personas también experimentan sentimientos de culpa que van ligados a reiterados pensamientos sobre lo que deberían haber hecho por el fallecido y no hicieron, e incluso a veces piensan haber contribuido de alguna manera a su muerte. En algunos casos, el fallecimiento de un ser querido tras una enfermedad prolongada es difícil de sobrellevar porque el comprensible alivio que se siente genera culpa.

Asimismo no es extraño que aparezcan sentimientos de rabia hacia las personas que podían haber evitado la muerte y hacia aquéllos a quienes se juzga responsables de la misma o que trataron mal al difunto en el pasado. También es posible que la rabia se dirija directamente al muerto, al que se culpa del dolor padecido a consecuencia de su pérdida. Por otra parte, el sentimiento de tragedia e injusticia que puede seguir a toda muerte inesperada suele ser más intenso en las muertes causadas por violencia o por negligencia; en tales circunstancias, es frecuente que los supervivientes manifiesten una profunda animadversión por las personas implicadas en la muerte de su ser querido y traten de que se haga justicia.

(c) A medida que la persona recobra su equilibrio físico y se relaciona mejor con sus emociones va alcanzando la etapa de acomodación. Es preciso subrayar que cada sentimiento debe entenderse como indicativo de que el individuo está intentado afrontar los cambios de su sistema de creencias y no simplemente como algo disfuncional que tiene que controlar o eliminar (Kelly, 1969, 1977; Neimeyer, 1987; y, Freixas, 1990). Obviamente, como sucede durante todo el proceso, el avance no es lineal y los progresos van seguidos de retrocesos; metafóricamente puede decirse que se dan dos pasos hacia delante y uno hacia atrás. Es frecuente que algunas personas sientan aún un gran temor ante la constatada experiencia de falta de control sobre los acontecimientos vitales; cuando así sucede les resulta muy difícil establecer nuevos proyectos significativos hacia los cuales puedan encaminarse con acciones concretas.

Si bien la acomodación implica que el individuo va viendo las cosas desde otros puntos de vista y que no siente el dolor como en los peores momentos, la duración del proceso es muchas veces más larga de lo que el modelo social estipula; además, es totalmente normal que los sentimientos de dolor por la pérdida reaparezcan en fechas señaladas como cumpleaños, aniversarios, fiestas de Navidad, el día de la defunción, etc. Incluso a veces, décadas después de la muerte del ser querido la persona tiene que afrontar nuevamente “picos de duelo” que le pueden desconcertar porque el modelo social no los prevé.

El proceso de duelo familiar.

Walsh y McGoldrick (1991) manifiestan que el fallecido y los supervivientes forman parte de un ciclo vital compartido en el que se plasma tanto el fin como la continuidad de la vida. En 1988 describen un modelo de duelo familiar que se desarrolla a lo largo de las cuatro fases que referimos a continuación: (a) el reconocimiento compartido de la realidad de la muerte; (b) la experiencia compartida de la pérdida; (c) la reorganización del sistema familiar; y (d) el interés por otras relaciones y metas, tanto individuales como compartidas.

(a) El reconocimiento compartido de la realidad de la muerte precisa que todos los miembros de la familia tengan una información clara y sincera sobre la misma, además de la afirmación del hecho en sí a través de su participación en los rituales funerarios y las posteriores visitas a la tumba. Decisiones como no informar del fallecimiento a ciertos miembros de la familia -niños pequeños, ancianos o enfermos- o proporcionarles datos distorsionados, aunque a corto plazo parecen proteger a dichas personas, a medio y largo plazo les impiden afrontar con éxito esta transición vital. Lo mismo sucede cuando no se les permite, bajo ningún concepto, ver el cuerpo del difunto ni acudir al funeral o al entierro.

(b) La experiencia compartida del dolor por la pérdida exige que cada uno de los integrantes de la familia admita la expresión de otras emociones y creencias -sobre la pérdida y lo que esta conlleva- diferentes a las propias, ya que, aunque todos

estén profundamente afectados por la desaparición del ser querido, necesitan comprenderse y apoyarse mutuamente durante todo el proceso. Sin embargo, desarrollar ese grado de franqueza y tolerancia no es en absoluto fácil porque implica romper la regla social que juzga inapropiada -sobre todo en los varones- la expresión directa de sentimientos negativos en general y de los relacionados con la muerte en particular, más allá del breve tiempo acotado en torno a los rituales sociales de duelo.

Esta segunda etapa puede resultar particularmente difícil de afrontar cuando quien muere es un hijo pequeño. Entonces, con frecuencia, la relación conyugal de los padres se vuelve inestable (Hare-Musin, 1979; Schwab, 1992). Entre otros factores, este hecho puede deberse a que los hombres y las mujeres tienen reglas diferentes para expresar la pena y utilizan estrategias distintas para afrontar el duelo. Habitualmente, los varones en su proceso de enculturación han aprendido que no deben mostrar sus sentimientos de tristeza y dolor, razón por la cual desean mantenerlos en secreto y, por lo común, se refugian en el trabajo. Las mujeres, por su parte, han sido educadas para experimentar con profundidad la tristeza por la pérdida de un hijo y suelen percibir la inaccesibilidad emocional de sus maridos como un abandono incomprensible cuando más necesitan su apoyo (DeFrain, Taylor y Ernst, 1982).

(c) La reorganización de la familia requiere ciertos cambios en las alianzas familiares, una nueva distribución de los roles -de forma que algunos de sus componentes asuman funciones que antes correspondían al fallecido- y negociar asuntos relacionados con el testamento, con las pertenencias del difunto y con las necesidades familiares que no se pueden posponer. Al igual que en la etapa anterior es primordial tanto la cohesión como la flexibilidad familiar, sabiendo que, en general, cuanto más importante fuera el rol que desempeñaba el miembro desaparecido más tiempo y dedicación llevará la reestructuración de la familia. Así, por ejemplo, cuando quien muere es uno de los padres en una familia con niños pequeños, conviene que otros miembros de la familia asuman los roles que desempeñaban el progenitor fallecido y su cónyuge hasta que este último se encuentre mejor y esté en condiciones de negociar un nuevo reparto de funciones (McGoldrick, 1988).

(d) El proceso termina cuando las personas que constituyen la familia se interesan por otras relaciones y proyectos vitales, animándose a establecer nuevos vínculos y compromisos acordes con la etapa del ciclo vital en que se encuentran. Lo primordial es que puedan cumplir las tareas normativas, entendiendo que lo harán de la forma más significativa para ellos y que, por consiguiente, esta llevará su sello personal (Ochoa de Alda, 1985a).

LA TERAPIA DE DUELO

En este epígrafe desarrollamos nuestra concepción de la terapia de duelo basada en dos pilares fundamentales que pueden influirse recíprocamente: un trabajo expreso sobre los relatos de los clientes y el uso de rituales terapéuticos de duelo, a través del cual también se incide en los aspectos narrativos, aunque de un modo implícito.

En primer lugar, se deconstruyen las creencias sociales opresivas sobre el afrontamiento de la pérdida que influyen en el relato negativo dominante de los pacientes y familias. Esto les permite generar un nuevo relato, basado en creencias alternativas, que facilita su posterior participación en rituales adecuados de duelo. En segundo lugar, los cambios derivados de los movimientos terapéuticos anteriores se entrelazan y consolidan en una narrativa de futuro salpicada de posibilidades para llevar una vida satisfactoria, aunque, en ocasiones, notablemente diferente a la existente antes de la pérdida.

1. Deconstrucción del modelo social sobre el afrontamiento de la pérdida y construcción de modalidades flexibles de afrontamiento.

En la entrevista inicial quienes solicitan tratamiento ante los problemas relacionados con la pérdida de un ser querido narran su impotencia para superarlos. En general, atribuyen esa impotencia a factores internos y estables, es decir, a rasgos permanentes de personalidad o a patologías psíquicas ligados a dichos rasgos. Después de haber escuchado con atención y respeto ese relato negativo, que domina las vivencias de los clientes, el terapeuta les explica cómo el problema o el síntoma que ha motivado su petición de ayuda es fruto de determinadas creencias socialmente consideradas ciertas y que, sin embargo, investigaciones recientes y rigurosas han cuestionado seriamente. Al hacer explícito el modelo social de afrontamiento de la pérdida de un ser querido, salen a la luz las creencias con sus correspondientes normas que, como una corriente subterránea, están guiando las respuestas de las personas sin que ellas lo adviertan.

En realidad, el profesional está iniciando un “proceso de exteriorización”, una modalidad de deconstrucción propuesta por White (1994), que permite cambiar las atribuciones internas por atribuciones externas. La deconstrucción del modelo social sobre la pérdida gira en torno a las “preguntas de influencia relativa del problema -ya exteriorizado en forma de creencias de origen social- en la vida y en las relaciones de los clientes” (White, 1994). De ese modo, los asistentes a la sesión tienen la oportunidad de analizar qué les ha llevado a pensar, a sentir, a hacer y cómo les ha llevado a relacionarse con otras personas esa serie de creencias previamente identificadas (Ochoa de Alda, 2001). A medida que conversan con el terapeuta se distancian de las etiquetas negativas sobre su persona y se contemplan cómo seres humanos oprimidos por creencias rígidas e infundadas.

Una vez finalizada la revisión sobre las creencias que les han estado oprimiendo, el clínico sugiere a los clientes que identifiquen momentos en que los que han

pensado, han sentido, han actuado o se han relacionado con otras personas de un modo más libre y más útil, aunque entonces sintieran que ese no era el “modo correcto” de hacer las cosas. Cuando encuentran estos “logros aislados” (White y Epston, 1993), es decir, esas situaciones en las que no se dejaron presionar tanto por el modelo social, se analizan las estrategias que encierran. Posteriormente, se valoran las consecuencias positivas que tendrá para su futuro liberarse de la opresión de las creencias sociales. Esta exploración les ayuda a esperar que el malestar, la impotencia y el miedo relacionados con la etiqueta de enfermos puedan ir desapareciendo y al mismo tiempo les proporciona opciones para poner en marcha su propio modo de afrontar la pérdida. El uso de rituales y el proceso de revinculación con la persona desaparecida se enmarcan dentro de esta nueva forma de hacer las cosas que no tiene por qué ajustarse a los patrones socioculturales sobre el duelo.

Los rituales terapéuticos de duelo.

Habitualmente, el contexto en el que tienen lugar los rituales sociales de duelo es bastante impersonal, entre otras razones porque los oficiantes de funerales y entierros no suelen conocer personalmente al difunto y, generalmente, tampoco tienen relación con los familiares. Su desconocimiento de la historia compartida entre ellos favorece la estandarización de los rituales con la consiguiente falta de significado que esto conlleva, especialmente si los participantes no tienen las creencias que defienden las instituciones eclesióásticas. La narrativa que revelan los rituales estandarizados carece de puntos en común con la narrativa de las personas afectadas por la pérdida; tal disparidad anula o disminuye la capacidad de los ritos sociales para canalizar la expresión de dolor y permitir la adaptación emocional y cognitiva de los protagonistas.

Ante la ineficacia de los rituales sociales, el terapeuta propicia las condiciones adecuadas para que las personas asimilen la pérdida y narren su historia compartida con el fallecido de un modo que les sea útil para seguir viviendo. El relato ha de entrelazar los aspectos de la vida en común con el difunto que aporten significado personal y familiar con el fin de integrarlos en el momento presente y de que formen parte de la trama de vivencias futura. Los rituales terapéuticos de duelo sirven a tal propósito ya que habilitan un contexto protector, jalonado de matices personal y familiarmente relevantes, para afrontar esta transición vital (Van der Hart, 1983; Ochoa de Alda, 1985b).

Se trata de procedimientos que dan permiso a las personas para que expresen la cambiante corriente de sentimientos y de creencias en torno a la pérdida. Incluyen un contacto con los recuerdos del difunto durante la forma y el tiempo negociados con el terapeuta; el contacto controlado impide las habituales soluciones ineficaces, consistentes en tratar de olvidar totalmente o, por el contrario, en mantener viva la figura del fallecido sin reformular el modo de seguir vinculados a él. Este nuevo marco da paso a una narración en la que los clientes plasman claramente tres

aspectos fundamentales: la pérdida y sus implicaciones; la búsqueda de otras formas de seguir vinculados al difunto; y, la continuidad de la vida, simbolizada en una ceremonia final de reunión con las personas más importantes de su red familiar y social.

Seguidamente, presentamos dos clases de rituales terapéuticos de duelo: la “carta continua al fallecido” a través de la cual quien la escribe redefine su vínculo con el difunto; y, el “ritual del entierro simbólico” en el que los miembros de la familia revisan los objetos que guardan del fallecido, eligen individualmente uno de ellos para conservarlo y después, de forma colectiva, entierran o queman el resto. Ambos procedimientos abarcan tres fases: (a) en la primera los clientes toman contacto con los símbolos que les vinculan a dicha persona, una carta o una serie de objetos; (b) en la segunda tiene lugar la ceremonia del entierro, consistente en quemar o enterrar los símbolos mientras se pronuncian unas palabras que resuman su nueva vinculación con ella; (c) después se inicia la fase de conexión con el contexto exterior, que se marca con un ritual de reunión, normalmente una comida o una cena con las personas más significativas. Este encuentro ritualizado conecta a los clientes con un entorno social protector y aporta un sentido de esperanza en el futuro.

La “carta continua al fallecido”. El ritual -documentado por Van der Hart (1983)- se utiliza para ayudar individualmente al paciente a expresar sus emociones y pensamientos en un contexto estructurado. Su realización articula las transformaciones afectivas y cognitivas necesarias para continuar el curso vital, al mismo tiempo que facilita la revinculación con el fallecido.

El terapeuta recomienda al cliente que todos los días, a lo largo de varias semanas, escriba durante un tiempo fijo, que suele ser 30 ó 45 minutos- una carta al ser querido que ha muerto con el fin de comunicarle todo aquello que desee. Además de establecer un tiempo, es importante reservar un lugar especial para redactar la carta o, en su defecto, señalarlo con algún símbolo significativo, como por ejemplo una fotografía, un juguete o una vela encendida. Se le recomienda que, si no puede anotar nada permanezca sentado hasta agotar el tiempo y que cada día, antes de empezar a redactar, relea las páginas escritas. Dicha sugerencia contribuye a identificar los puntos que más se reiteran. Una vez que no necesite escribir más, quemará la carta para enterrar o esparcir sus cenizas en un hermoso lugar. Esta ceremonia se completa con unas frases dirigidas al difunto, una oración o una poesía que tenga sentido para el paciente.

El “entierro simbólico”. Se trata de un ritual que permite convocar a los miembros de la familia para afrontar el duelo. Inicialmente fue empleado por Selvini Palazzoli y colaboradores (1974). Como orientación básica, al recomendar este tipo de ritual el terapeuta pide a los clientes que se reúnan para seleccionar los objetos más significativos que guardan de la persona fallecida. Les indica además que cada uno elija por separado un objeto que quiera conservar consigo y, posteriormente,

todos juntos entierren o quemem el resto de las pertenencias. En realidad, la primera fase fomenta el contacto colectivo con los recuerdos del difunto; generalmente, se observa que los miembros de la familia comienzan a hablar de sus sentimientos y creencias acerca de la ausencia del ser querido, creándose una narración conjunta en torno a él. La segunda fase, la ceremonia del entierro o cremación de los elementos simbólicos marca el paso a una nueva forma de vinculación; a partir de ese momento, la conexión con la persona desaparecida se simboliza tanto en el objeto que cada miembro de la familia ha reservado para sí como en el relato familiar que pueden seguir construyendo.

Narrativa, identidad y revinculación.

Con demasiada frecuencia, autores importantes en la literatura del duelo como Bolwby (1980), Osterweiss, Solomon y Green (1984), Rando (1984) y Worden (1997) han defendido que el patrón saludable para afrontar la pérdida se fundamentaba en la desvinculación afectiva y mental con respecto al difunto. Aunque todos ellos han fomentado que el trabajo de duelo se centrara principalmente en despedirse del ser querido que había muerto, sin embargo, los estudios de Schuchter y Zisook (1993), Datson y Marwit (1997), Avia y Gómez (1999) y Neimeyer (2002) concluyen que, para muchas personas y grupos familiares con un buen afrontamiento, el proceso de duelo reside en conseguir una nueva vinculación, de carácter más o menos simbólico, y no en lograr un adiós. Resulta curioso que la distancia entre el proceso real observado en las investigaciones y el pautado socioculturalmente sea tan abismal.

Lamentablemente, las creencias que presionan a las personas a alejarse de su ser querido también les llevan a “despedirse” de importantes aspectos de su propia identidad, muy vinculados a la vida que compartieron con aquel. Decir adiós a esas facetas les ancla en el malestar psíquico, ya que les “deja incompletas” y les despoja de recursos fundamentales para su vida (Epston, 1994). Cuando la trama narrativa se inunda de los aspectos relacionados con la pérdida y sus consecuencias, se evidencia un corte profundo entre los capítulos del relato anteriores a la desaparición del difunto y los capítulos actuales y futuros en los cuales queda patente su ausencia. En tales circunstancias, una línea terapéutica basada exclusivamente en afirmar la pérdida aumenta aún más la discontinuidad de la narración.

Puesto que las personas y las familias se sirven de relatos para definir su identidad y dotar de significado a su vida (McAdams, 1989), es preciso “tender un puente” que enlace lo previo con lo posterior al fallecimiento, construido con elementos que aporten un cierto sentido de continuidad a la nueva narrativa. Los materiales de ese puente deben ser dimensiones personales y familiares que cumplan tres características: ser saludables y satisfactorias para los clientes; referirse a aspectos del “yo soy” y del “nosotros somos” valorados positivamente por los narradores; y haber quedado descolgados de los capítulos presentes y futuros

del relato. La recuperación de esas dimensiones de la identidad personal o familiar se facilita a través de preguntas del tipo: *¿qué cualidades importantes para ti desarrollaste a partir de tu relación con el fallecido (nombre del fallecido)?; ¿qué cosas aprendiste de tu relación con él (emplear el nombre correspondiente) que terminaron por convertirse en aspectos importantes de tu personalidad?; ¿qué características de tu personalidad eran evidentes para ese ser querido mientras que los demás no tenían la oportunidad de conocerlas?; ¿cuáles de estas cualidades están más presentes en ti ahora?, ¿cuáles están menos presentes?*” (Ochoa de Alda, en prensa). Estas preguntas también pueden formularse en plural para ayudar a los miembros de la familia, como grupo, a reencontrar aspectos significativos de su identidad familiar.

Después de haber identificado esas cualidades, el clínico alienta a los clientes a trazar una narrativa de futuro en la que se hagan patentes las consecuencias favorables derivadas de haber “conectado” nuevamente con ellas; asimismo se especifican las estrategias que les van a permitir llevar una vida en la cual dichas cualidades se manifiesten con libertad. De ese modo, van proyectando sus “sí mismos posibles positivos” en sus aspectos cognitivos, emocionales, conductuales y relacionales (Markus y Nurius, 1986, Markus y Oyserman, 1989; Markus y Ruvolo, 1989; y, Markus y Wurf, 1987). El objetivo de esta reflexión es que los narradores puedan volver a contar con esas facetas de su identidad a la hora de relacionarse consigo mismos y con los demás.

Una vez que se confirman los avances para vivir de acuerdo a las nuevas creencias y a las “cualidades recuperadas” de la identidad personal y familiar, que van a convivir con otros aspectos de una identidad en continuo cambio, se exploran otras posibilidades de futuro, tales como nuevas metas, nuevos intereses y nuevas relaciones. No obstante, una exploración de esta índole nunca debe desembocar en un deber impuesto para quienes estén conformes con lo que ya han logrado. En absoluto se trata de alcanzar una situación ideal sino más bien de vivir con dignidad dentro de las circunstancias particulares de cada individuo y de cada grupo familiar.

CASO CLÍNICO.

La paciente es una mujer de 26 años, licenciada en filología, a quien para mantener la confidencialidad llamaremos Pilar. Manifiesta sufrir una profunda depresión surgida tras la muerte de Antonio, con quien llevaba casada ocho meses. Acude a consultarnos cuando habían transcurrido tres años desde el accidente en que falleció su marido. Antes de iniciar la terapia conmigo, había estado en tratamiento con dos psiquiatras -que le dieron el diagnóstico de depresión- sin experimentar ninguna mejoría.

El tratamiento siguió un modelo de terapia breve, con un contrato de diez entrevistas. Finalizó en la quinta sesión y después efectuamos tres seguimientos: a los tres, a los nueve y a los dieciocho meses.

Primera entrevista:

Se traza un genograma y se observa que Pilar es hija del segundo matrimonio de la madre, quien había enviudado después de llevar tres años casada. Del diálogo con Pilar deducimos que su contexto más cercano trata de animarla y evita favorecer temas o situaciones relacionadas con Antonio. Ella oculta su pesar para no preocuparles y se esfuerza, sin éxito, por encontrar el norte de su vida.

La intervención terapéutica deconstruye el modelo social sobre el afrontamiento de la pérdida, tratando de eliminar la presión a estar bien y ocuparse exclusivamente de su nueva vida; la depresión se normaliza redefiniéndola como tristeza profunda tras la inesperada muerte del marido, que además ha truncado los proyectos comunes planeados como pareja. Tras explorar nuevas creencias más útiles para afrontar su nueva situación le sugerimos que no se acuciara a superar su dolor y su falta de ganas por vivir y que, si lo deseaba, preguntara a su madre cómo pudo salir adelante tras la muerte de su primer marido.

Segunda entrevista:

Durante la sesión, que tiene lugar doce días después de la primera, Pilar informa sentirse más aliviada y haber empezado a conversar con su madre de cómo se siente. A partir de esos momentos sus hermanos también se vieron con más libertad para hablar con ella.

Sugerimos a Pilar que escribiera una carta a Antonio con objeto de contarle lo que le estaba sucediendo. Concertamos con ella que la redacción fuera diaria, con una duración de veinticinco minutos. Se dejó un intervalo de dos semanas entre esta sesión y la siguiente.

Tercera entrevista:

Pilar nos comenta que el primer día no pudo escribir nada; no obstante, permaneció sentada, contemplando una fotografía de Antonio, hasta agotar el tiempo establecido. A partir del segundo día empezó a escribir y cada vez le resultó más fácil hacerlo. En el relato predominaban los sentimientos de vacío y de enfado hacia su marido, a quien acusaba de imprudente por conducir de noche con una fuerte tormenta; también le recriminaba haberla abandonado cuando estaban empezando a superar los momentos difíciles propios de la adaptación a la convivencia. Al final de la sesión le animamos a seguir escribiendo, citándola para tres semanas más tarde.

Cuarta entrevista:

A continuación se presenta un fragmento de esta entrevista que ilustra los avances entre sesiones.

Pilar: Pues, noto que cada día acepto más que Antonio ya no está. Además todo lo que me hacía tener rencor hacia él ha desaparecido: he podido

perdonarle por el daño que en ocasiones me causó. Ahora me siento a gusto conmigo misma, acepto todo mejor. Además ya no me preocupa el estado en que quedó su cuerpo, no sueño viéndolo destrozado. Tampoco le doy vueltas a cómo pasó el accidente; de hecho he podido ir al lugar donde ocurrió y me sentí tranquila allí, recordándolo cuando estaba vivo.

Terapeuta: *Veo que estás logrando algo muy importante para ti. ¿Qué otras cosas han salido?*

Pilar: *También siento que he cambiado, es muy raro pero me siento diferente... Antonio me decía que yo separaba mucho los sentimientos de lo racional y que esto último siempre predominaba en mí. Ahora sé que tengo que seguir adelante intentando juntar las dos cosas.*

Terapeuta: *¿Quieres decir que ahora puedes dejarte ayudar por tus sentimientos?, ¿tal vez ahora no los rechazas tratando de mostrarte fuerte?*

Pilar: *Eso es, realmente ahora lo veo como algo positivo aunque a veces sean tan tristes. Antes no me gustaba mostrarlos, me parecían sinónimo de debilidad.*

Terapeuta: *Supongo que es algo complicado de hacer, muy costoso en ocasiones, pero lo fundamental es que has descubierto algo valioso. Parece que no necesitas seguir escribiendo y, que, tal vez, podrías desprenderte de la carta, ¿qué opinas?*

Pilar: *Pienso que sí, que ya le he dicho todo lo que necesitaba decirle y que me siento mejor; me siento tranquila.*

Terapeuta: *¿Te parece buena idea quemarla y después enterrar las cenizas?*

Pilar: *Sí, creo que sería bueno quemarla y meter las cenizas en una caja que Antonio me regaló.*

Terapeuta: *¿Dónde te gustaría enterrar las cenizas?*

Pilar: *Me gustaría enterrarlas en la zona donde ocurrió el accidente. Siento que va a ser una experiencia más íntima que la que tuve en el funeral y en el entierro. Además podría incluso plantar un árbol, a él le gustaría. Le encantaba andar por el monte y sentarse al pie de un árbol para leer o hablar conmigo.*

Terapeuta: *¿Y te parecería adecuado recitar algo después o incluir una canción, no sé cómo lo ves tú?*

Pilar: *Sí, esa idea me gusta. Conservo muchos poemas que nos escribíamos. Puedo leer algunos.*

Terapeuta: *Tal vez sean muchas cosas, pero después, ¿podrías organizar una comida con las personas que ahora son importantes para ti, personas que quieres que estén a tu lado?*

Pilar: *¿Puedo incluir también a mi familia?*

Terapeuta: *Sí, claro, a todos cuyo afecto sea importante para ti. Te voy a*

contar algo que normalmente se desconoce: en la cultura judía las personas se dan un baño después de enterrar las cenizas, un baño especial -como para cuidarse- ¿qué piensas sobre esto?

Pilar: Sí, lo veo bien (pensativa). Es curioso que me lo digas porque de hecho estaba pensando cambiar de imagen, cortarme el pelo o algo así. Sé que estoy naciendo otra vez de nuevo; yo misma me doy cuenta de que valoro su recuerdo y eso me hace sentirme bien, pero sé que hay una vida por delante y quiero vivirla. Ahora tengo pensado presentarme a un trabajo para traductores de alemán; se lo decía a Antonio cuando le escribía los últimos días porque sé que se sentiría orgulloso si me viera en un trabajo de este tipo.

Terapeuta: Muy bien, tengo la impresión de que estás aprendiendo mucho de todo esto. Lo cierto es que estás sabiendo aprovechar lo positivo que construiste con Antonio y que lo estás incorporando ahora para seguir viviendo con la esperanza puesta en un futuro, en un futuro cercano además.

Quinta entrevista:

La paciente ha sufrido una pequeña operación que le ha obligado a guardar cama algunos días. El intervalo entre sesiones se prolongó casi dos meses por tal motivo.

Terapeuta: ¿Cómo te han ido las cosas?

Pilar: Bien, bastante bien. Mejor de lo que creía porque mi familia y mis amigos se han volcado conmigo.

Terapeuta: ¿Pudiste hacer el ritual que acordamos?

Pilar: Sí, lo hice dos semanas antes de operarme. Luego, es curioso, me ha apetecido un montón de días ir allí. Prefiero ir allí en vez de al cementerio, el cementerio no me dice nada. Además decidí conservar todos sus poemas y allí puedo leerlos en alto.

Terapeuta: Por lo que veo la experiencia te resulta reconfortante.

Pilar: Sí, realmente me ayuda tener un lugar propio donde ir cuando quiero recordarlo. Allí me siento en paz; sabes, es un sitio agradable, hay un río cerca...

Terapeuta: Me gustaría preguntarte algo más. A lo mejor es difícil, pero lo considero importante. ¿Qué cosas te ha legado Antonio, cosas que antes tú no parecías tener y que has desarrollado a partir de tu relación con él?

Pilar: Bueno, pues yo antes de conocerle era muy poco espontánea y ahora me noto más espontánea. También soy más hábil para las cosas manuales, arreglo los enchufes, pinto ...bueno, he aprendido viéndole a él.

Terapeuta: Por lo que veo te ha dejado cosas buenas, ¿qué más cosas de este tipo recuerdas?

Pilar: *También me enseñó a andar por el monte y a relacionarme con los animales. Yo antes les tenía miedo y ahora me gustan mucho, sobre todo los perros y los caballos.*

Terapeuta: *Eso tiene que ver con la parte emocional de la que me hablabas en la anterior entrevista. Te enseñó a ser más cariñosa ¿no?*

Pilar: *Sí, ahora soy más cariñosa. Esto me sirve de consuelo porque veo que aunque haya desaparecido no me he quedado con las manos vacías. Aunque a veces me siento triste y lo echo de menos, pienso que tengo mucho que hacer en mi vida. Ahora me centro en mí con la ayuda de la gente, eso también me ayuda claro, porque si lo necesito pido ayuda y antes no me atrevía.*

Terapeuta: *Quizá ahora también has descubierto que sabes pedir ayuda sin hacer que los demás se sientan molestos por dártela. Esto es fundamental porque todos necesitamos una “red” en los momentos difíciles, eso también nos fortalece. Los hilos que forman esta red son lazos emocionales entre tú y tus seres queridos, entre las personas importantes de tu vida. Tú ahora has ayudado a que esos lazos sean más intensos y algo más extensos, date cuenta que la red está ahí también para que ellos la utilicen si lo precisan.*

Seguimientos.

En los dos primeros seguimientos se constata la consolidación de los cambios generados durante el tratamiento. Ha sido admitida como traductora en una empresa, se siente segura en el desempeño de su trabajo y el aumento de sus ingresos económicos le ha permitido hacer algunos cambios en la casa. Asimismo acude a clases de mimo y expresión corporal, gracias a las cuales ha conocido a nuevas personas con las que mantiene una buena relación. Menciona que apenas tiene contacto con su familia durante la semana y que se ven los domingos, cuando se reúnen todos para comer. Se siente libre para contar con ellos si los necesita, lo que favorece que estén menos encima de ella que antes. El último seguimiento es un encuentro de despedida donde queda de manifiesto que Pilar lleva una vida que ella considera satisfactoria y que se ve como una persona absolutamente normal que va encarando una situación dura que la vida le ha puesto en su camino.

COMENTARIO

Perder a un ser querido representa una transición vital que para muchas personas y familias es difícil de afrontar, máxime cuando la sociedad occidental no facilita los esquemas y los apoyos emocionales e instrumentales necesarios para llevarla a cabo. Recientes investigaciones sobre el proceso de duelo revelan que el modelo sociocultural que pauta la respuesta inmediata a la pérdida y la posterior recuperación presenta una rigidez extrema. Por consiguiente, en numerosas ocasio-

nes, lejos de ser la solución se ha convertido en un serio problema para los supervivientes, especialmente si tenemos en cuenta que durante mucho tiempo la psicoterapia ha venido defendiendo que el modelo tradicional sobre el afrontamiento de la pérdida era válido; esa fe ciega ha hecho que se insistiera en que los pacientes y sus familias se adaptaran a él.

Por fortuna, en los últimos años se va ampliando considerablemente el número de investigadores y clínicos que no sólo desestiman la utilidad de ese modelo sino que lo contemplan como una fuente de problemas. Así patrones tan admitidos como decir adiós a la persona fallecida en un tiempo inferior a dos años y finalizar el proceso con una aceptación sin reservas de la pérdida se han convertido en metas que muchos individuos y familias tratan de alcanzar sin éxito. Evidentemente, es tal la vigencia social del modelo que el fracaso en seguir sus pautas se atribuye a la incapacidad de los supervivientes. En consecuencia, estos quedan atrapados en un círculo vicioso y cuanto más se esfuerzan por ajustarse a las normas sociales, que operan en un nivel implícito, menos capaces son tener un buen afrontamiento. Por consiguiente, el modelo de duelo les conduce a una narrativa opresiva en la que sobresalen su incapacidad e impotencia para “superar” la muerte de la persona fallecida.

La terapia narrativa de duelo parte del cuestionamiento del citado modelo social y normaliza la experiencia de la pérdida lejos de referencias psicopatológicas. La importancia asignada al trabajo sobre los relatos de los clientes y los rituales terapéuticos de duelo reserva un espacio y un tiempo para que esas personas afronten con buenos resultados su nueva realidad vital. Para ello, el clínico les ayuda a establecer sus propios objetivos y a regular la transición al ritmo que necesiten. En este sentido, normalizar que los sentimientos pueden ser diferentes a los que marcan las expectativas sociales, que las visitas al cementerio pueden no ser significativas para ellos, que el período temporal de duelo no tiene que ser tan breve como marcan los cánones y que pueden tener una relación especial con la persona desaparecida ya constituye un movimiento terapéutico. Libres de exigencias externas, que no tienen en cuenta sus circunstancias y necesidades, pueden encontrar un modo adecuado de acomodarse emocional y cognitivamente a la pérdida al mismo tiempo que van efectuando los cambios oportunos en su contexto laboral, doméstico e interpersonal.

En este artículo presentamos un planteamiento constructivista de la temática del duelo, donde resaltan las dificultades que el contexto sociocultural presenta para afrontar una de las transiciones vitales más difíciles que tiene que atravesar el ser humano. La terapia propuesta para ayudar a las personas a seguir viviendo sin el miembro de la familia que ha fallecido tiene en cuenta los aspectos sociales, familiares y personales que inciden en la experiencia de la pérdida. A este respecto el terapeuta ayuda a los clientes -individuos y familias- a generar una narrativa basada en la construcción de un nuevo vínculo con el fallecido que les facilite disponer de opciones para una vida satisfactoria.

Palabras clave: *proceso de duelo individual; proceso de duelo familiar; ciclo vital; relato positivo; apoyo social; y, proyectos de futuro.*

Referencias bibliográficas

- AVIA, D. y VAZQUEZ, C. (1999). Optimismo inteligente. Madrid: Alianza Editorial.
- BENOLIEL, J. Q. (1985). Loss and adaptation. Circunstances, contingencies and consequences. *Death Studies*, 9, 217-233.
- BOWLBY, J. (1980). *Loss: Sadness and Depression*. New York: Basic Books.
- BRASTED, W. S. y CALLAHAN E. J. (1984). Review article: a behavioral analysis of the grief process. *Behavioral therapy*, 15 (5), pp: 529-543.
- DATSON S. & MARWIT S. (1997). Personality constructs and perceived presence of deceased loved ones. *Death Studies*, 21, pp: 131-146.
- DeFRAIN, J. TAYLOR, J. y ERNST, L. (1982). *Coping with sudden infant death*. Lexington, Massachusetts: D. C. Heath.
- EPSTON, D. (1994). *Obras Escogidas*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- EXLINE, J. J., DORRITY, K. y WORTMAN, C.B. (1996). Coping with bereavement: a research review for clinicians. In session: psychotherapy practice, 2, 3-19.
- FEIXAS, G. y VILLEGAS, M. (1990). *Constructivismo y Psicoterapia*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- HARE-MUSIN, R. (1979). Family therapy following the death of a child. *Journal of Marital and Family Therapy*, 5, pp: 51-60.
- KELLY, G. A. (1969). The autobiography of a theory. En B. Maher (comp.). *Clinical psychology and personality. The selected paper of George Kelly*. pp: 46-55. New York: Wiley.
- KELLY, G. A. (1977). The psychology of unknown. En Bannister (Com.). *New perspectives in personal construct theory*, pp: 1-19. San Diego.
- KUBLER-ROSS, E. (1975). *Death: The final stage of growth*. Englewood Cliff, NJ: Prentice-Hall
- MARKUS, H. y NURIUS, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41(9), pp: 954-969.
- MARKUS, H. y OYSERMAN, D. (1989). Gender and thought: the role of self-concept. En M. Crawford y M. Hamilton (eds.), *Gender and thought*. pp: 100-127. New York: Springer-Verlag.
- MARKUS, H. y RUVOLO, A. (1989). Possible selves: personalized representations of goals. En L. A. Pervin (Ed.), *Goal concepts in personality and social psychology*, pp: 211-242. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- MARKUS, H. y WURF, E. (1987). The dynamic self concept: a social psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, 38, pp: 299-337.
- Mc ADAMS D. P. (1989). The development of a narrative identity. En D. Buss y N. Cantor (Eds.). *Personality psychology: recent trends and emerging direction*. pp: 160-174. New York: Springer-Verlag.
- McGOLDRICK, M. (1988). Women through the family life cycle. En M. McGoldrick, C. Anderson y F. Walsh (eds.). *Women in families: A framework for family therapy*. New York: W. W. Norton.
- NEIMEYER, R. (1987). Personal construct theory. En W. Dryden y W. Golden (comps.), *Cognitive behavioral approach to psychotherapy*, pp: 224-260. New York: Harper y Row.

- OCHOA DE ALDA, I. (1995a). Enfoques en terapia familiar sistémica. Barcelona: Ed. Herder.
- OCHOA DE ALDA, I. (1995b). Rituales sociales, familiares y terapéuticos. En Navarro, J. y Beyebach, M. Avances en Terapia Familiar Sistémica. Barcelona: Ed. Paidós.
- OCHOA DE ALDA, I. (2001). Un modelo para el entrenamiento de habilidades terapéuticas en los enfoques narrativos de la terapia familiar sistémica. Cuadernos de Terapia Familiar, 46, pp: 137-152.
- OSTERWEISS, M., SOLOMON, F. y GREEN, M. (1984). Bereavement reactions, consequences and care. Washington, D. C.: National Academic Press.
- PARKES, C. M. y WEISS, R. (1983). Recovery from bereavement. New York: Basic.
- RAMSAY, R. W. (1977). Behavioral Approaches to Bereavement. Behavior Research and Therapy, 15, 131-135.
- RAMSAY, R. W. y HAPPEE, J. A. (1977). The Stress of Bereavement and its Treatment. En D. D. Spielberger y I. G. Sarson (eds), Anxiety and Stress, Vol 4. Nueva York: Wiley.
- RANDO, T. A. (1984). Grief, dying and death. Champaign, IL.: Research Press.
- SCHWAB, R. (1992). Effects of a child's death on the marital relationship. Death Studies, 16, pp: 141-154.
- SELVINI PALAZZOLI M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G. y PRATA, G. (1974): Self Starvation: From the Intrapsychic to the Transpersonal Approach to Anorexia Nervosa. London: Human Context Book, Chaucer.
- SHUCHTER, S. R. y ZISOOK, S. (1993). The course of normal grief. En M. Stroebe y R. O. Hansson (comps.) Handbook of bereavement: Theory, research and intervention. pp: 23-43. Nuev York, Cambridge University Press.
- SILVER, R. y WORTMAN, C. B. (1987). Coping with irrevocable loss. En G. R. VanderBos y B. K. Bryant (eds), Cataclyms, crises and catastrophes, pp: 189-235. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- STROEBE, M. (2001). Concepts and issues in contemporary research on bereavement. En M. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut (comps.). Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care . pp: 4-22. Washington, DC: American Psychological Association.
- VAN DER HART, O. (1983). Rituals in psychotherapy: Transition and continuity, Nueva York: Irvington Publishers, Inc.
- VIDEKA-SHERMAN, L. (1982). Coping with the death of a child:a study over time. American Journal of Orthopsychiatry. 52, pp: 688-98.
- WALSH, F. y MCGOLDRICK, M. (1988). Loss and the family life cycle. En C. J. Falicov (ed.) Family transitions: continuity and change over the life cycle. Nuev York: Guilford Press.
- WALSH, F. y MCGOLDRICK, M. (1991). Death and the family life cycle. En F. Walsh y M. McGoldrick (eds.) Living beyond loss: Death in the family. New York: Norton.
- WHITE, M. y EPSTON, D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Ed. Paidós.
- WHITE, M.(1994). Guías para una Terapia Familiar Sistémica. Barcelona: Ed. Gedisa.
- WORTMAN, C. y SILVER, R. (1989). The myths of coping with loss. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, pp: 349-57.
- WORDEM, J. W. (1997) El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico. Barcelona: Paidós.

INTERVENCIONES SOBRE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL DUELO EN SITUACIONES DE CATÁSTROFE, GUERRA O VIOLENCIA POLÍTICA

Alberto Fernández Liria

Psiquiatra, Coordinador de Salud Mental del Área 3 de Madrid, Hospital Príncipe de Asturias, Carretera de Meco sn 28805 Madrid

Beatriz Rodríguez Vega

Psiquiatra, Hospital La Paz, Centro de Salud Mental de Alcobendas, Universidad Autónoma de Madrid

Grief, viewed as a process of adaptation is presented in this article as a model for the understanding and the treatment in different cultural contexts of the social and psychological effects produced by wars, violence and catastrophes.

Key words: grief, bereavement, posttraumatic stress disorder, coping with loss, cross-cultural aspects

El modelo del duelo, entendido como un proceso en el que alguien que ha sufrido la pérdida de alguien o algo importante para él, se adapta a vivir sin ello, resulta de utilidad para estructurar la ayuda que puede prestarse a personas que sufren pérdidas como consecuencia de guerras, violencia o catástrofes. Tiene la ventaja sobre los modelos que entienden estos mismos problemas como resultado de una agresión al organismo por un agente traumático de otorgar un papel al superviviente y a su entorno en el proceso de resolución y tiene, por sí misma un sentido normalizador. Este modelo sirve para guiar actuaciones a diferente nivel, que se ha expuesto en el texto.

JUSTIFICACIÓN

Si propugnamos el desarrollo de intervenciones psicosociales para las situaciones de catástrofe, guerra y violencia organizada, sería lógico pensar que es porque creemos que estas situaciones, afectan de algún modo a la salud mental.

Intuitivamente no parece disparatado pensar que así ha de ser (aunque en este tipo de apreciaciones de lo obvio se basan algunos de los más importantes desvaríos de la historia de la psiquiatría)¹. Además en las clasificaciones psiquiátricas se describen trastornos más o menos específicos en personas sometidas a las condiciones propias de las principales catástrofes o guerras habidas a lo largo del siglo veinte.

El último de estos trastornos descritos, el *trastorno de estrés postraumático*, proviene del modelo sobre el que se articulan la mayor parte de las intervenciones psicosociales que hoy se proponen para este tipo de situaciones. Según este modelo, lo que hemos de afrontar es un *trastorno* que resulta del impacto de un estresor que, por sus características, adquiere esa condición de ser *traumático*. Es un *trastorno* porque tiene una causa identificable que actúa sobre el lecho de una vulnerabilidad de los sujetos, presenta unos síntomas, (hiperalerta, entumecimiento afectivo, intrusiones y evitación) determinados cuadros de estado, (que combinan estos síntomas), sigue una evolución previsible y responde a unos tratamientos específicos (Yehuda y McFarlane 1995)

Sin negar que pueda presentar ventajas que hayan facilitado la expansión del concepto y los modelos de trabajo sustentados en él, este modelo de *trastorno postraumático* tiene serios inconvenientes. En primer lugar se refiere a una situación que no sólo no es la más común, sino que es excepcional en las situaciones de guerra o violencia política, donde no abundan las personas que han sufrido una experiencia brutal pero puntual (como era el caso de los combatientes americanos en Vietnam que sirvieron de modelo para pensar el trastorno) y fracasan en su intento de reintegrarse - con una biografía que ha de incorporar esa experiencia - a un medio normalizado, sino personas que permanecen durante meses o años en una situación de amenaza continua en la que la experiencia etiquetada como traumática se repite o amenaza con repetirse en cualquier momento y que deben adaptarse a esa situación (muy alejada de lo que entenderíamos como *normalizada*) y en un contexto en el que todo el mundo ha vivido experiencias semejantes. La guerra o la dictadura no son acontecimientos (que producen un impacto), sino procesos (que exigen un trabajo de adaptación). Por otra parte, los síntomas que configuran el hipotético *trastorno* (hiperalerta, vivencias de intrusión, evitación y entumecimiento afectivo) constituyen en buena medida defensas adaptativas ante estas situaciones y, en cualquier caso, se dan en un porcentaje tan alto de la población (son tan estadísticamente *normales*) que no parece que tenga sentido calificarlas de *patológicas* o *trastornadas*².

Además, si bien algunos de los síntomas que constituyen el síndrome parecen respuestas más o menos universales a adversidades importantes (como las vivencias de intrusión y la hiperalerta) otros (como la evitación o el entumecimiento afectivo) parecen estar sometidos a importantes variaciones de una a otra cultura (Martín Berinstain, 1999). Por último este modelo medicalizado aunque tiene la ventaja de autorizar y servir para guiar actuaciones reparadoras a nivel individual, presenta el

inconveniente de ignorar la importancia de los procesos colectivos en la operación de resignificación que supone la superación de la experiencia “traumática”.

Por todos estos motivos frente a un modelo que contempla un *trastorno* como respuesta a una *noxa*, creemos preferible organizar, en la medida de lo posible, las actuaciones según un modelo que lo que contempla es un *trabajo* (y, en concreto un trabajo de *otorgamiento de significado*) que la comunidad y cada uno de sus miembros han de realizar frente a una *experiencia*. Trabajo y experiencia que se entienden mal desde una consideración reducida al individuo. Para ello nos ha sido de utilidad el modelo del **duelo** como referente para organizar el trabajo en salud mental en estas situaciones.

El esquema del **duelo** ofrece varias ventajas. En primer lugar se refiere a una experiencia normal que cualquier sujeto sufre ante el acontecimiento doloroso de la pérdida de un ser querido. Se trata de una tarea que ha de realizarse siempre que existen pérdidas y que, en las situaciones de catástrofe, violencia o guerra ha de realizarse en condiciones difíciles. Este enfoque evita la estigmatización de partida de las víctimas como *enfermos* que lo son en función de una especial *vulnerabilidad* individual. La necesidad de elaborar el duelo reclama - y posibilita - la *participación* del superviviente, mientras que el padecimiento de una enfermedad evoca el comportamiento del *paciente* (sujeto pasivo sobre el cual interviene el médico). La guerra, la violencia o las catástrofes colocan a **personas normales en situaciones anormales**, las intervenciones psicosociales pretenden ayudarlas a enfrentar esas situaciones, el duelo es uno de los procesos de que consta el enfrentamiento de tales situaciones.

En segundo lugar el modelo de duelo no se refiere necesariamente al *efecto* de una experiencia puntual (como un trastorno que sigue a un *trauma*) sino a un *trabajo* que debe ser realizado frente a una (o muchas) pérdida(s). Tal modelo no sólo describe mejor la experiencia de los supervivientes de estas situaciones (que, sobre todo en el caso de la guerra o la violencia política no suelen ser circunscritas en el tiempo), sino que permite, a la vez, dar cuenta de sus dificultades para afrontarla (en la medida en la que los mecanismos individuales, interpersonales y comunitarios que intervienen en los procesos «normales» de duelo están destruidos o alterados por la misma situación de guerra, violencia o catástrofe).

Por último, el esquema del duelo, concebido como un trabajo de elaboración, permite situar y entender la función de distintos elementos (recursos psicológicos, entorno interpersonal, contexto cultural y social...) a lo largo de un **proceso** y es útil para planificar intervenciones y asignar tareas en las mismas.

INTRODUCCIÓN Y DEFINICIÓN

Aunque es difícil establecer inequívocamente relaciones causa-efecto, numerosos estudios han relacionado las pérdidas de diverso tipo con alteraciones de la salud en general y en la salud mental en particular (Parkes, 1996; 1998a).

El conocimiento del fenómeno del duelo y de los medios de ayuda que pueden proporcionarse a las personas que enfrentan procesos de duelo es importante para las personas que tratan de mantener una relación de ayuda de cualquier tipo con otras que enfrentan o están en riesgo de enfrentar pérdidas importantes por diversos motivos. En primer lugar, porque es relativamente probable que les pase inadvertido o no le concedan importancia al hecho mismo de la pérdida o que no se establezca la relación entre ésta y algunas de las dificultades que puedan encontrarse en el intento de practicar la relación de ayuda. Por otro lado, el conocimiento de las características básicas del proceso de duelo normal faculta a quien pretende ayudar para realizar actuaciones que faciliten el que este pueda llevarse a cabo de un modo satisfactorio. El conocimiento de los factores que pueden ser causa de problemas posibilita actuaciones preventivas. El conocimiento del proceso de duelo normal y de sus posibles complicaciones evita el que se produzcan alarmas injustificadas o se realicen intervenciones innecesarias y hace posible que se actúe, en cambio, cuando sea verdaderamente necesario. Las situaciones de guerra, violencia y catástrofe están vinculadas a pérdidas específicas y a dificultades específicas para llevar a cabo el proceso de duelo, que deben ser conocidas por quien ha de trabajar con quien las enfrenta.

Existen buenas revisiones para no profesionales de la salud mental de los efectos sobre la salud mental en particular y la salud en general de los procesos de duelo y las dificultades para llevarlos a cabo (Parkes 1996; 1998c), incluida la consideración de aspectos específicos de distintos grupos de edad (Black, 1998a; Parkes, 1998a; Pitt, 1998), la pérdida de partes del cuerpo o de facultades (Fitzgerald y Parkes, 1998; Maguire y Parkes, 1998), la pérdida de relaciones (Weiss 1998), o el trabajo con pacientes moribundos (Black, 1998b Parkes 1998b). También se han propuesto procedimientos estructurados de formación como personal de ayuda en estas circunstancias (Worden 1991)

En este texto llamaremos duelo al proceso por el que una persona que ha perdido algo importante para ella (una persona que ha muerto o de la que se ha separado, pero también otro tipo de objetos de vinculación como la casa, un animal de compañía, un trabajo, la salud o el empleo...) se adapta y se dispone a vivir sin ello.

Se trata de un proceso y no de un estado. La situación y las manifestaciones de la persona que lo atraviesa cambian a lo largo del mismo. Y se trata de un proceso en el que la persona está activamente implicada, realizando una serie de tareas necesarias para lograr esa adaptación, no de un cuadro que la persona sufre pasivamente. En este sentido retomaremos el concepto freudiano de *trabajo* de duelo (Freud, 1948) y el modelo de duelo como proceso en el que se abordan una serie de *tareas* propuesto por Worden (1991).

En la guerra, lo mismo que en los desastres naturales, el sujeto puede sufrir en un corto periodo de tiempo multitud de pérdidas. En la situación de conflicto bélico

o de violencia organizada, la tensión se prolonga, con frecuencia, durante mucho más tiempo y a la pérdida de personas se suman las de la casa, la del entorno cuando se hace necesaria la migración, la de rol y estatus social. Pero también se produce una honda pérdida de la confianza en el mantenimiento de la seguridad básica. Porque no sólo se han podido vivir situaciones de amenaza de pérdida de la propia vida o la de las personas queridas sino que además éstas se producen de forma violenta y como consecuencia de la agresión de un ser humano a otro.

El duelo plantea cuestiones fundamentales acerca de los vínculos que las personas establecemos entre nosotras y, en consecuencia, de cómo se hace posible la sociedad. En la guerra o en las catástrofes, el proceso es de destrucción de los lazos establecidos y el método por el que se llega a ello abrupto y traumático. El duelo es, al mismo tiempo, la tarea general de la sociedad y la particular de cada individuo que atraviesa esa trágica situación.

Revisaremos primero las concepciones más relevantes del proceso de duelo que se han sucedido en la historia de la psiquiatría. Posteriormente desarrollaremos una propuesta concreta para el trabajo en situaciones de duelo.

CONCEPCIONES DEL DUELO Y LA SALUD MENTAL

Las clásicas teorías de comprensión del duelo, la psicoanalítica y la de la vinculación, quizás tengan que aceptar modificaciones para abarcar la reacción emocional a la pérdida en la guerra.

Corresponde a Sigmund Freud el mérito de haber abordado el **duelo** como un **trabajo de elaboración** de los afectos dolorosos que siguen a la pérdida de un objeto amado (1948). Para la teoría psicoanalítica y de modo muy general, el duelo supone el proceso de retirada progresiva de la libido invertida en el objeto perdido y la preparación para reinvertirlo en otro nuevo. Tal y como lo expresa Freud en *Duelo y melancolía* el trabajo del duelo sigue los siguientes pasos. En primer lugar «*el examen de la realidad ha mostrado que el objeto amado no existe ya y demanda que la libido abandone todas sus relaciones con el mismo*». A continuación «*contra esa demanda surge una resistencia naturalísima pues sabemos que el hombre no abandona gustoso ninguna de las posiciones de su libido, aún cuando haya encontrado ya una sustitución*». Según Freud «*...lo normal es que el respeto a la realidad obtenga la victoria*». Pero «*su mandato no puede ser llevado a cabo inmediatamente y sólo es realizado de un modo paulatino, con un gran gasto de tiempo y de energía psíquica, continuando mientras tanto la existencia psíquica del objeto. Cada uno de los recuerdos y esperanzas que constituyen un punto de enlace con la libido de objeto es sucesivamente sobrecargado, realizándose en él la sustracción de la libido*. Esto se debe a que durante el proceso «*la realidad impone a cada uno de los recuerdos y esperanzas, que constituyen puntos de enlace de la libido con el objeto, su veredicto de que dicho objeto no existe ya, y el Yo, situado ante la interrogación de si quiere compartir tal destino, se decide, bajo la influencia*

de las satisfacciones narcisistas de la vida a abandonar su ligamen con el objeto destruido». Por fin «al final de la labor de duelo vuelve a quedar el Yo libre y exento de toda inhibición». El proceso de duelo normal se diferencia del que conduce a consecuencias morbosas como la melancolía (y la manía) en que en este caso por un lado la relación del objeto estaba complicada por una ambivalencia que impide que la batalla entre afectos ligados al objeto se haga consciente, y por otro en que en estos casos se da una regresión (narcisística) de la libido al Yo.

Como queda dicho, la patología asociada al duelo para el psicoanálisis descansa mucho en factores de predisposición personal y el mantenimiento de una relación de ambivalencia con la persona perdida. Posiblemente esto no pueda aplicarse a la situación de pérdida masiva en una guerra. Para otros autores psicoanalíticos como Klein, las personas que sufren duelos patológicos nunca han conseguido superar con éxito la posición depresiva que constituye una etapa del desarrollo infantil normal, o establecer una buena relación objetal que les permita sentirse seguros dentro de su mundo interno. En la guerra el fracaso para sentirse seguros ocurre en el mundo interno y en el externo, a la pérdida masiva de relaciones significativas y de red de apoyo social se suma la pérdida, que volveremos a discutir más adelante, de seguridad y predictibilidad del futuro.

Un modelo de duelo de base psicoanalítica que ha tenido gran influencia es el desarrollado por Enrich Lindemann (1944) que sirvió de base a toda la estrategia de prevención primaria mediante la intervención en crisis propuesta por Gerald Caplan (1964) sobre la que, a su vez, se desarrolló todo el movimiento de salud mental comunitaria americano de los años 60. Según Lindemann el duelo agudo constituye un síndrome que se caracteriza por 1) malestar somático (síntomas respiratorios, debilidad y síntomas digestivos), 2) preocupación por la imagen del difunto, 3) culpa, 4) reacciones hostiles y 5) desestructuración de la conducta (como síntomas patognomónicos) que pueden acompañarse de la 6) aparición de rasgos o características del muerto en el comportamiento del doliente. Lindemann describe el curso del duelo normal y las posibles intervenciones de salud mental para facilitarlos. Describe también reacciones de duelo patológicas (duelo diferido, diversas formas de duelo distorsionado) que pueden aparecer si el proceso no se lleva a cabo en condiciones.

En la teoría de la vinculación, la otra gran teoría explicativa del duelo, Bowlby (1979; 1980; 1985) integró conceptos analíticos y etológicos. El duelo se consideró como la extensión de una respuesta general a la separación. El concepto de un «instinto de vinculación» explicaba las respuestas tan universales de sufrimiento ante la separación. Aunque inicialmente sus ideas enfatizaron el papel protector de un adulto, usualmente la madre, para el niño en edad de dependencia, la teoría se amplió para incluir el mantenimiento de relaciones de refuerzo mutuo en la vida adulta. El duelo fue considerado, entonces, como una forma de ansiedad de separación en la edad adulta en respuesta a la ruptura de una relación de vinculación.

Para Bowlby el duelo en sujetos sanos dura con frecuencia más tiempo del que se ha sugerido y muchas respuestas consideradas patológicas eran comunes en sujetos sanos. La teoría de la vinculación también relaciona las manifestaciones de duelo patológico con las experiencias infantiles del sujeto y con el patrón de vinculación con los padres. Los sujetos que habían sufrido un paternaje patógeno eran especialmente vulnerables.

Los modelos derivados de la teoría psicoanalítica y de la vinculación han continuado dominando las conceptualizaciones actuales, mientras que constructos sociológicos, cognitivos o etológicos tienen menos presencia en los intentos de comprensión del fenómeno.

Desde estos modelos de duelo se ha descrito procesos más ajustados a un patrón *normal* y reacciones que entrarían dentro de lo que podría considerarse como duelo *patológico*. Así, Parkes, desde la teoría del vínculo (1996) identificó tres formas principales de duelo patológico: *duelo crónico*, que supone una prolongación indefinida del duelo con exageración de los síntomas, *duelo inhibido* en el que la mayoría de los síntomas del duelo normal están ausentes y *duelo diferido*, en el cual las emociones que no hicieron su aparición tras la pérdida se desencadenan por otro acontecimiento posterior.

En un artículo en el *American Journal of Psychiatry*, Horowitz y colaboradores (1997) proponen la inclusión en el DSM de una categoría para *trastorno de duelo complicado* que se caracterizaría por la presencia, 14 meses después de una pérdida, de síntomas intrusivos (recuerdos o fantasías, accesos de emoción intensa, añoranza insoportable), de evitación (de lugares y personas que recuerdan al ser perdido, pérdida de interés o reacciones maladaptadas en el trabajo, familia...) o incapacidad para adaptarse (con sentimientos de soledad y vacío y alteración del sueño).

Definir un *duelo trastornado* es difícil aun en tiempos de paz. Autores como Eisenbruch han discutido la legitimidad de tal intento ante la variedad de respuestas a la pérdida puestas en marcha por diferentes culturas (1984). Este autor ha señalado otro hecho de importancia central. Los rituales de duelo no representan sólo un procedimiento de apoyo para el miembro de la comunidad que ha sufrido la pérdida. Según su propuesta los rituales de duelo tienen la función primordial de estructurar a una comunidad que ha sido amenazada por la muerte. En condiciones normales la muerte de un miembro da cuerpo a la familia, al grupo de amigos, al de correligionarios políticos, al de compañeros de trabajo... (Eisenbruch 1984). Las dificultades para llevar a cabo estos rituales en la guerra tienen no sólo repercusión sobre el sentir de los individuos supervivientes, sino sobre la posibilidad misma de reorganizar la vida social para la paz.

EL ENFOQUE CONSTRUCTIVISTA

Desde el punto de vista del constructivismo social (Averill y Nunley 1993) el duelo es un proceso emocional y cómo tal tiene que ver con cómo las personas

construyen los acontecimientos que ocurren alrededor suya. Dicha construcción depende de creencias y valores propios de la cultura, ya que se asume que no existe un «programa de conducta» innato, independiente de dichos valores culturales. Además, el propio estado emotivo refuerza las propias creencias culturales y éstas, a su vez, modelan la forma en la que se expresa la emoción. Los supuestos anteriores no niegan la importancia de determinantes biológicos o psicológicos, lo que se rechaza es la posibilidad de comprender de modo independiente los diferentes niveles.

El duelo es el proceso por el que se es capaz de reconstruir su mundo (y, por tanto a sí mismo) sin el objeto perdido. Se trata de dotar de un nuevo sentido a los elementos con los que el sujeto (en una operación que es del orden de la narración) debe construir su realidad. Este proceso integra cuatro elementos que se corresponden con las tareas enunciadas por Worden (1991):

- Construir un mundo sin el objeto perdido,
- dar sentido a los sentimientos asociados a la pérdida e integrarlos en la propia biografía,
- encontrar la forma de resolver prácticamente aquellas tareas para cuya ejecución nos valíamos del objeto perdido y
- ser capaces de experimentar afectos semejantes a los que anteriormente se orientaban al objeto perdido hacia otros objetos, lo que, precisamente, supone no la reorientación de un afecto que queda *vacante*, sino la construcción de un nuevo mundo, que es un mundo *sin* el objeto perdido, pero que es capaz de albergar objetos dignos de ser amados.

La guerra es quizás la situación de pérdida en la que se da con más intensidad la discrepancia entre el mundo «que es» y el mundo «que debería ser». Efectivamente ese mundo interno es individual y por ello, el duelo también se experimenta como un proceso emocional individual y único. La guerra coloca a las personas que la sufren como víctimas, en la necesidad de emprender una revisión profunda y radical de sus presupuestos sobre el mundo, que sin duda afectarán a muchos aspectos de la vida: por ejemplo, creencias sobre la persona («he de enseñarle a mi hijo a sobrevivir», «lo más importante es que no se deje engañar»), sobre las relaciones entre las personas («el que da primero da dos veces»), sobre la sociedad («no hay que esperar nada bueno de ella») y en general sobre el mundo externo que se ha vuelto impredecible, en el que ya no hay nada seguro. Además, sus consecuencias tienen implicaciones a muy largo plazo y se suele producir en periodos prolongados de tiempo.

LA REACCIÓN DE DUELO

Se han propuesto repertorios de *fenómenos* o *síntomas* que suelen estar presentes en los procesos de duelo. El cuadro 1 presenta un ejemplo de éstos. Se trata de repertorios que son útiles en la medida en la que permiten que el clínico tenga

constancia de que cualquiera de ellos puede formar parte de un proceso de duelo normal, y que pueda obrar en consecuencia, evitando intromisiones innecesarias y, en ocasiones tranquilizando al doliente y a su familia o su comunidad, respecto a algunos fenómenos que, a veces, se viven como muy amenazantes (como los fenómenos de presencia o los momentos de anestesia o descontrol emocional). El inconveniente de estos repertorios es que pueden transmitir la idea de un especie de cuadro fijo y hacer olvidar que el duelo es un proceso, con una historia, en la que unos y otros se suceden o se simultanean.

**CUADRO 1: MANIFESTACIONES CORRIENTES DEL DUELO
(Modificado de Worden 1991)**

Sentimientos:

Tristeza, rabia (incluye rabia contra sí mismo e ideas de suicidio), irritabilidad, culpa y autorreproches, ansiedad sentimientos de soledad, cansancio, indefensión, shock, anhelo, alivio, anestesia emocional...

Sensaciones físicas:

Molestias gástricas, dificultad para tragar o articular, opresión precordial, hipersensibilidad al ruido, despersonalización, sensación de falta de aire, debilidad muscular, pérdida de energía, sequedad de boca, trastornos del sueño....

Cogniciones:

Incredulidad, confusión, dificultades de memoria, atención y concentración, preocupaciones, rumiaciones, pensamientos obsesivos, pensamientos intrusivos con imágenes del muerto...

Alteraciones perceptivas

Ilusiones, alucinaciones auditivas y visuales, generalmente transitoria y seguidas de crítica, fenómenos de presencia...

Conductas:

Hiperfagia o anorexia, alteraciones del sueño, sueños con el fallecido o la situación, distracciones, abandono de las relaciones sociales, evitación de lugares y situaciones, conductas de búsqueda o llamada del fallecido, suspiros, inquietud, hiperalerta, llanto, visita de lugares significativos, atesoramiento de objetos relacionados con el desaparecido...

Esta característica de ser un proceso se resalta en los modelos de duelo que presentan éste como una sucesión de *fases*. Nosotros, como Worden (1991) preferimos hablar de «tareas» y no de estadios como Kubler Rose (1989) o de fases como Parkes (1996), porque el concepto de tareas implica una actitud más activa por parte del sujeto y de su entorno, y no un mero pasar por distintas etapas y, además, porque no se presta al equívoco de pretender que hay un determinado orden preferible o *sano* en el que deberían sucederse las cosas y permite moverse mejor a través de las diferencias individuales, que pueden ser muy variadas en función de las características personales del doliente, la naturaleza de la relación con lo perdido,

o el contexto en el que se produce la pérdida y la supervivencia.

Los modelos estructurados en **fases** tienen la ventaja de describir bien situaciones concretas. En la *fase de shock*, el desconcierto es profundo y el sujeto atraviesa una situación durante la cual la tarea más importante es la de «aceptar la realidad» de lo que está ocurriendo.

Una joven bosnia musulmana nos relató cómo, al inicio del conflicto ente croatas y musulmanes en la ciudad bosnia de Mostar, fue desplazada a punta de pistola de su casa por sus vecinos croatas de la zona Oeste. Agrupada con otros musulmanes delante del emblemático puente de la ciudad, tuvo que correr bajo las balas croatas atravesándolo, para llegar a la zona Este, musulmana. Una vez allí, separada de su familia, sin casa, ni personas a las que recurrir, pasó días vagando por las calles, en un estado de embotamiento e incredulidad del que le era imposible salir.

En la *fase de protesta*, el sujeto realiza esfuerzos intensos por mantener contacto con el fallecido o lo perdido. En el mismo conflicto, otra mujer, participante en uno de los talleres, contaba cómo en las primeras semanas del comienzo de la guerra en Mostar, se arriesgaba diariamente bajo el fuego de las granadas para contemplar desde la otra orilla de la ciudad la que había sido su casa durante veinte años.

En la *fase de desesperanza*, es frecuente la conducta desorganizada, con un sentimiento de indefensión y depresión, hasta que el superviviente se consigue adaptar a la realidad de la pérdida. En el “psiquiátrico” que se improvisó en un refugio nuclear de la misma ciudad bosnia de Mostar, conocimos a una mujer que había ingresado hacía meses, en un profundo estado depresivo. Su única hija había fallecido unos años antes y su pérdida marcó su vida de modo muy importante. Ayudada por sus vecinas y otros familiares, Amila consiguió seguir adelante, pero cuando se inició la guerra, los sentimientos de tristeza, desesperanza e indefensión se hicieron tan intensos, que ingresó en una situación de abandono e incapacidad de cuidar de sí misma.

La última fase que se describe es la de *reorganización* que tiene como consecuencia el reestablecimiento de nuevas relaciones. En la guerra o en las situaciones de catástrofe, este proceso está impedido por la propia situación. Aunque es llamativo comprobar cómo un par de tardes de tranquilidad en medio del desastre, animan a las personas no solo a cubrir una necesidad tan básica como la búsqueda de alimentos, sino otras también necesarias para la supervivencia, como son las de relación y afiliación.

Aunque la consideración de estas *fases* ayuda a identificar fenómenos y nos acerca a la comprensión de los procesos de duelo, a nosotros nos ha resultado más útil un modelo del proceso de duelo que, como el que propone Worden (1991), se base en la consideración de un conjunto de **tareas** que, en uno u otro orden deben ser llevadas a cabo por el sujeto doliente. Consideramos, en lo que sigue, el duelo

y las posibles intervenciones sobre él como un trabajo de elaboración de narrativas. Revisaremos a continuación las tareas propuestas por este autor.

Tarea 1: aceptar la pérdida del objeto

La tarea de constatación de la pérdida del objeto es condición de posibilidad del trabajo de duelo. El fracaso en la misma puede tomar formas diversas que van de la sensación de irrealidad o simple negación de las evidencias (muy frecuentes en los primeros momentos de cualquier duelo), a la producción alucinatoria del objeto perdido. En todas las culturas existen procedimientos para ayudar al doliente en esta tarea. En la nuestra se vela el cadáver, se celebran funerales de cuerpo presente en los que el oficiante se refiere al difunto en pasado al igual que los conocidos, que pasan al terminar la ceremonia a dar el pésame a los familiares; cada familiar arroja su puñado de arena sobre el ataúd que espera en la fosa a ser cubierto, hay una forma especial de tañer las campanas, se visitan y se llevan flores a las tumbas y existe la tradición del luto que - entre otras cosas - hace presente la pérdida. Tras estas ceremonias el doliente vuelve a la casa, y la cultura y hasta la reglamentación laboral le proporcionan un tiempo para hacerse a la idea de la pérdida.

En la guerra y en otras situaciones de emergencia, estos mecanismos pueden estar en suspenso. El cadáver de un hijo o un cónyuge puede haber quedado sepultado ente los escombros de la vivienda bombardeada que los supervivientes han tenido que abandonar para buscar refugio a muchos kilómetros. O el entierro del padre víctima de la metralla ha de *celebrarse* saliendo por la noche con una pala, silenciosamente para no llamar la atención de los francotiradores, en un parque o solar próximo a la casa arruinada. Además toda la energía de la persona que ha sufrido la pérdida es inmediatamente reclamada para llevar a cabo la nada fácil tarea de sobrevivir en las condiciones de guerra. A esto hay añadir que todas las otras referencias a la *normalidad* de la que el objeto desaparecido está ausente pueden haber desaparecido también³ y en esta situación se produce un sentimiento de irrealidad («*esto no puede ser verdad*») casi fisiológico. Es frecuente encontrar personas que dicen *saber* que su hijo o su cónyuge están vivos a pesar de la notificación de lo contrario por parte de las autoridades militares (que se refieren, quizás, a fosas comunes o cadáveres no recuperados).

Facilitar esta tarea supone proveer un entorno relativamente seguro para considerar la pérdida, una cierta *normalidad* con la que contrastarla y algo semejante a un rito en el poder darle existencia social (a veces una carta a familiares exilados ha cumplido este papel). Y supone, sobre todo, poder nombrar la pérdida, poder hablar de ella.

Tarea 2: experimentar las emociones vinculadas a la pérdida

La pérdida de un objeto importante conlleva siempre la eclosión de fuertes emociones. Está la tristeza, pero también, a veces, la rabia, la culpa, el despecho, el

alivio, el miedo, la envidia o el resentimiento. Nuestra cultura nos proporciona en tiempos de paz instrumentos para facilitar la experiencia y la expresión de esos afectos y para hacer balance. Manifestaciones proscritas en otras situaciones son facilitadas en velatorios y funerales por la creación de un clima propicio que puede incluir hasta la contratación de plañideras. La comunidad puede facilitar la dedicación del doliente (quizás marcado por el luto para facilitar su identificación como tal) a esta experiencia eximiéndole de obligaciones sociales que podrían distraerle de un trabajo de metabolización que requiere su tiempo y unas ciertas condiciones para ser llevado a cabo. Los allegados facilitan el trabajo de balance «*a pesar de todo era muy bueno*», «*ha dejado de sufrir*», «*a su modo, él nos quería*»... En condiciones de guerra, a veces, pararse a llorar puede significar la muerte propia y la de las personas que dependen de uno. La aparición de la ambivalencia o los sentimientos de culpa o alivio («*fue él y no yo*») son tanto mas frecuentes cuanto mas lo han sido las estrategias psicológicas encaminadas a hacer que las víctimas se hayan visto forzadas a comportamientos que podrían ser calificados - por ellas mismas - como cobardes o traidores. En condiciones *normales* el fracaso en contactar con sentimientos genuinos en las primeras fases se considera un predictor de complicaciones en el proceso de duelo. Posponer esta tarea es, sin embargo, una estrategia de afrontamiento que puede ser válida en situaciones de gran desestructuración por la guerra, la violencia o las catástrofes.

En un grupo terapéutico que lideraba un psiquiatra musulmán y al que acudíamos como observadores durante la guerra en la ciudad bosnia de Mostar, una mujer bosnia que había perdido a sus hijos y a su marido en los primeros meses de la guerra y había pedido consulta por problemas somáticos abigarrados, se quejaba mostrando su enojo porque, al volver a empezar a salir a la calle tras los bombardeos, la gente pasaba ante ella atenta a trivialidades y hasta contenta, sin darse cuenta de lo que ella tenía que afrontar. «*Los que hemos vivido algo así deberíamos llevar un letrero en la frente, para que los demás lo supieran*». Nos pareció a los españoles que aquello era una invitación a hablar de los sentimientos de soledad y desamparo que sufría aquella mujer frente al dolor por la pérdida de toda su familia. Se nos adelantó el psiquiatra local diciendo «*¿Un letrero en la frente? ¿Qué quiere usted? ¿Qué la tomen por loca?*». Nuestro colega sabía que aquella mujer que vivía sola en unas ruinas y aún bajo la amenaza de los morteros serbios carecía - a pesar del grupo - de los soportes mínimos para afrontar con garantías este trabajo.

Desde luego que son de utilidad las estrategias que se recomiendan en los manuales de *counselling* para facilitar esta tarea (nombrar las emociones, distinguir entre emociones o impulsos y actuaciones - únicas de las que uno es responsable - escuchar aceptando, sin recriminar...). Lo que afirmamos es que son inviables si no se da el marco de seguridad física e interpersonal en el que puedan llevarse a cabo y que, por tanto, procurar éste es **ya** trabajar sobre el proceso de duelo.

Tarea 3: capacitarse para desenvolverse en el mundo sin el objeto perdido

Normalmente nos repartimos las cargas de la vida con las personas con las que mantenemos relaciones estrechas. Cuando nos faltan estas personas, a veces, no somos capaces de afrontar problemas básicos. A la tristeza del viudo puede unirse el justificado sentimiento de incapacidad para llevar una vida autónoma que le obligaría a enfrentar tareas (compra, cocina, limpieza, educación de los hijos...) que nunca realizó. En condiciones de paz las redes sociales y familiares de los afectados se modifican para ayudarles en tanto se capacitan para desempeñar nuevos roles. En ocasiones extremas mecanismos institucionales (pensiones de viudedad, asilos, orfanatos...) hacen que la sociedad en su conjunto asuma las cargas que los supervivientes no pueden soportar por sí solos. En la guerra o las catástrofes las redes sociales pueden estar pulverizadas, la familia disgregada y los mecanismos institucionales desaparecidos. La perentoriedad de la situación, la amenaza a la supervivencia hace, sin embargo, que esta tarea, que en condiciones normales requiere un largo tiempo de adaptación, se acometa necesariamente desde el primer momento. Personas que aún se sorprenden si les dicen que su familiar ha muerto o que su casa ya no existe y que viven en un sentimiento de irrealidad permanente, personas que malamente han podido sentir nada hacia pérdidas que apenas han llegado a percibir, pueden jugar un papel clave en la organización de una columna o un campo de refugiados. Es más fácil que las redes sociales se reconstruyan en primer lugar con esta finalidad.

De acuerdo con esta percepción en el Programa de Salud Mental de Médicos del Mundo en Mostar, por ejemplo, los **grupos de reconstrucción** se constituyeron como grupos de actividad (idiomas, cocina, bisutería...). Cuando el grupo se ha constituido en un entorno suficientemente seguro, las otras tareas (el recuerdo de los muertos, la evaluación de las pérdidas, el dolor...) pueden ser facilitadas por él.

Tarea 4: recolocación de lo perdido de modo que no impida el investimento afectivo de otros objetos

La culminación de esta fase supone, de hecho, la terminación del trabajo de duelo. Como ya señalábamos anteriormente no se trata de redirigir hacia un nuevo destino un afecto que de algún modo el objeto perdido ha dejado *vacante*. Cuando - excepcionalmente - algo así sucede tras una pérdida importante, lo que se produce es, precisamente, la evitación del proceso de duelo. Lo que desaparece con el objeto que se pierde es un mundo habitado por él, y el doliente queda en un mundo en el que no le cabe concebir la posibilidad de amar a otro objeto (tal amor adquiriría, en todo caso, significado *respecto al* objeto perdido - por ejemplo como *traición*). Lo que culmina esta fase es la construcción de un mundo, que es un mundo que tiene sentido aunque no contiene al objeto perdido, y que puede ser habitado por objetos dignos de ser amados. No es un proceso corto y los aparentes atajos suelen derivar en complicaciones. Worden (1991) dice que desconfía de los procesos que duran

menos de un año y que no es tan raro que requieran dos. La guerra no facilita objetos amorosos alternativos. Pero sí es pródiga en fetiches que requieren toda la energía que uno es capaz de generar. A veces es la ayuda a otras víctimas, a veces la salvación, de personas más débiles que dependen de uno, pero sobre todo cosas como la patria, la victoria, los nuestros o la venganza son candidatos idóneos para ocupar ese lugar.

Llegado un momento de nuestro trabajo durante la guerra de Bosnia, los mandos de la Armija decidieron que era mejor que no trabajáramos con los soldados. En su lógica los soldados no tenían que sentirse bien, ni que pensar en nada. Los soldados tenían que estar listos para combatir y aniquilar al enemigo. Todo el esfuerzo de la instrucción militar se encaminaba a conseguir que cualquier otra cosa se resolviera en esa. «Buena falta nos hará vuestra ayuda -nos dijeron -precisamente cuando todo esto acabe» . Los mandos de la Armija - buenos amigos que nunca pensaron que iban a verse como militares - tenían razón. La desmovilización ha dejado, de nuevo todo el sufrimiento carente de sentido. Y los que pudieron dejar de ser víctimas desvalidas porque fueron aclamados como héroes, vuelven hoy como simples mutilados, como parados, como molesto recordatorio o, aún, como sospechosos de asesinatos o atrocidades.

INTERVENCIONES EN SITUACIONES DE DUELO

Muchos autores, entre ellos Worden (1991) consideran útil la distinción entre *counselling* o *asesoramiento* y *terapia de duelo*. El *counselling* o *asesoramiento* sería un tipo de intervención que deberían ser capaces de realizar los profesionales que se relacionan frecuentemente con personas que enfrentan procesos de duelo, como trabajadores sociales, profesionales de ayuda en general, policías, bomberos, religiosos o cooperantes, y se aplicaría a personas que están atravesando un proceso de duelo *normal*. Podría aplicarse en el contexto habitual en el que trabajan las personas que la llevan a cabo y no requeriría (como la *terapia*) de un encuadre especial. Aunque hay quien piensa que sería bueno ofrecer este tipo de ayuda a toda persona que esté atravesando un proceso de duelo, la mayor parte de los autores se decantan por ofrecerla sólo a aquellas personas que reúnen condiciones de riesgo (soledad, falta de personas con las que compartir su dolor, falta de recursos para afrontar la vida sin lo perdido, circunstancias especiales de la pérdida – desaparición, masacre, tortura, suicidio, responsabilidad del doliente... – o de la relación – hijo, persona con la que se mantenía una relación muy ambivalente... – exigencias inmoderadas del entorno...) o, bien, sólo a aquellas personas que lo solicitan por propia iniciativa, o a las que muestran dificultades detectables para realizar alguna de las tareas a que nos referíamos en el apartado anterior.

Según este planteamiento, la segunda modalidad de intervención, la *terapia de duelo* propiamente dicha estaría indicada en los casos de duelo *complicado* (por contraposición a *normal*) y se realiza por profesionales de salud mental con un

encuadre lo más semejante posible al de otras terapias psicológicas. Según este modo de ver las cosas, los agentes de salud que actúan en contacto con la mayor parte de los supervivientes, de lo que deberían de ser capaces es de *detectar* los casos de duelo complicado para derivarlos a especialistas en salud mental. Buena parte de los programas de salud mental preparados por las ONGs de la parte noroccidental del planeta para intervenir en este tipo de situaciones se atienen a este esquema (y reservan a sus expertos el papel de especialistas). Nosotros creemos que esta forma de ver las cosas puede ser fuente más de confusión que de esclarecimiento

En nuestra opinión deberíamos contemplar tres niveles de actuación para personas que están llevando a cabo una relación de ayuda. El primero consistiría en utilizar los conocimientos sobre los procesos de duelo para facilitar o, al menos, no entorpecer, los procesos de duelo de las personas que contactan con ellos en el ejercicio de su actividad. Este nivel incluye la aceptación de la expresión de emociones, por ejemplo a través del llanto, una actitud empática ante estos sentimientos, la utilización de términos claros y que faciliten una conexión con las emociones cuando son los transmisores de información, la facilitación de instrumentos para llevar a cabo operaciones necesarias para que se lleve a cabo el duelo (un espacio seguro, tiempo..).

“No te asustes por lo que estás sintiendo. A veces, cuando es muy dolorosa la pérdida de una persona, como a ti te pasa con la de tu marido, pueden aparecer este tipo de ilusiones de seguir viéndolo. La aparición de la imagen de tu marido por la noche es una forma de negarte a aceptar tu pérdida y de seguir teniéndolo presente, ¿no es cierto?”

El segundo nivel se correspondería con el que Worden (1991) y otros autores llaman *counselling* o *asesoramiento*, y, según nuestra forma de ver las cosas estaría caracterizado, no por referirse a un determinado tipo de duelo (normal *versus* patológico), sino por el hecho de estar realizada por una persona que mantiene una relación de ayuda con el doliente, pero no es, necesariamente, un profesional de la salud mental.

Sería el caso de una enfermera que continúa en contacto con una familia después de la muerte de uno de los hijos tras una hospitalización prolongada. Esta enfermera, citaba a los padres cada dos semanas para supervisar el proceso de duelo que estos habían emprendido. En un momento determinado, su intervención resultó importante para ayudarles a facilitar la comunicación entre ellos, sin temor a dañarse el uno a la otra.

El tercer nivel se correspondería con lo que Worden llama *terapia* y vendría definido por ser llevado a cabo por un profesional de la salud mental o un agente de salud convenientemente entrenado para ello. La actuación a este nivel está indicada en dos circunstancias. En primer lugar cuando las dificultades en el proceso de duelo han dado ya lugar a problemas de salud mental graves que requerirían esta intervención independientemente de su origen (un cuadro psicótico, un cuadro

depresivo con ideas de suicidio incoercibles...). Y en segundo lugar cuando la intervención de segundo nivel no ha conseguido mejorar el problema o ha desencadenado reacciones inesperadas.

Una mujer de 52 años inició tratamiento después de haber realizado una tentativa autolítica por precipitación desde un tercer piso. Tres meses antes había sido avisada del grave estado de salud de su hijo tras haber sido herido en una acción bélica. Cuando después de muchas dificultades logró llegar al hospital donde estaba ingresado, su hijo ya había muerto. Esta misma mujer había perdido otra hija de meses de edad por muerte súbita muchos años antes. Al volver a experimentar una nueva pérdida traumática, el contenido de su discurso es que ella, como madre, no había servido para cuidar de sus hijos, ni para acompañarles hasta el final.

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

De acuerdo con lo que hemos venido planteado hasta aquí, los objetivos de la intervención consistirán en facilitar que las cuatro tareas que constituyen el trabajo de duelo puedan ser llevadas a cabo. Es decir:

- Facilitar la aceptación de la realidad de la pérdida
- Facilitar la expresión y el manejo de los sentimientos ligados a ella
- Facilitar la resolución de los problemas prácticos suscitados por la falta de lo perdido
- Facilitar una despedida y la posibilidad de volver a encontrar sentido y posibilidad de satisfacción en la vida

Principios de la intervención en duelo

A continuación describiremos una serie de principios que pueden ser aplicados a los tres niveles de intervención, aunque en el texto y en los ejemplos, se intentarán concretar para el segundo. (Worden 1991)

Principio 1: Ayudar al superviviente a tomar conciencia de la muerte

En los momentos iniciales, la sensación de irrealidad es la norma. Hablar sobre la pérdida ayuda a realizar esa tarea. La persona que pretende facilitarla puede preguntar sobre la forma en la que se enteró de la misma, cómo reaccionó, qué pensó, qué sintió. También puede explorar el comportamiento frente a los rituales que facilitan el cumplimiento de esta tarea, como la contemplación del cadáver en los ritos funerarios, las visitas a la tumba. Si el superviviente cuenta que no ha podido realizarlos, se pueden explorar las fantasías al respecto

Principio 2: Ayudar al superviviente a identificar y expresar sentimientos

La pérdida puede evocar sentimientos muy dolorosos de los que el superviviente puede intentar protegerse inconscientemente. Aunque, a veces, posponer la experimentación de esos sentimientos puede ser útil, en general, ignorarlos puede

ser causa de problemas y dificultades en el proceso de duelo. La persona que va a actuar como ayuda puede facilitar la expresión de estos sentimientos. A veces, esta tarea puede estar dificultada por el hecho de que quien la solicita puede pedirle, precisamente un remedio para evitar el dolor (en forma, por ejemplo, de medicamento o seguridades religiosas).

Los sentimientos puestos en juego por la pérdida pueden ser muy variados. Desde luego está el sentimiento de pena por la pérdida. Nos referiremos también a los de rabia, culpa e indefensión, que también son frecuentes y que, frecuentemente se asocian a problemas en el proceso de duelo.

La **tristeza** o la **pena**, es la emoción que parece más inmediatamente relacionada con la pérdida de alguien o algo que ha sido importante para uno. En ocasiones su expresión puede estar coartada por convenciones sociales, por ser considerada por el sujeto como una muestra inadmisibles de debilidad o una pérdida de dignidad, o por el temor a que su expresión pueda dañar o abrumar a otros. La expresión más frecuente de la tristeza incluye el llanto. Poder llorar es importante, aunque lo que parece ser verdaderamente útil para el proceso de duelo es poder hacerlo con alguien que comprende al superviviente y le brinda su apoyo. El deseo de proteger a personas consideradas débiles dentro de una familia o comunidad, en ocasiones hace que se les prive de esta posibilidad.

La expresión de la pena por parte del superviviente a veces, puede inducir un estado de malestar y una sensación de impotencia en la persona que trata de brindar ayuda, que siente que no puede hacer nada por evitarlo. Sin embargo el hecho mismo de dar ocasión de expresarla, al escucharla empáticamente, sin tratar de inducir comportamientos alternativos y sin dejar que la sensación de malestar inducido le impulse a huir o a mostrarse dañado, puede ser excepcionalmente de ayuda.

Llorar no es suficiente. El superviviente ha de preguntarse por el significado de sus lágrimas y quien pretende ayudarlo ha de facilitarle esta tarea. Un significado que es diferente según la persona avanza en el proceso de duelo (Simos 1979).

La **rabia** es otro sentimiento que frecuentemente aparece en los procesos de duelo. Es frecuente que aparezca como rabia hacia la persona que se ha perdido (por abandonarnos, por no haberse cuidado...). Pero también es posible que lo haga contra otras personas implicadas en el hecho de la pérdida (los compañeros, los médicos, el conductor de la ambulancia, la policía los bomberos, otros implicados en el accidente, Dios...). La rabia también puede aparecer contra uno mismo en forma de sentimientos de culpa o de tristeza. Quien pretende ayudar en esta situación debe explorar la posibilidad de ideas de suicidio, preguntando primero sobre si en esa situación se ha planteado que no valga la pena seguir viviendo, caso de respuesta positiva, si ha pensado en hacer algo para quitarse la vida, en ese caso si ha pensado en la forma, si es así, si ha hecho planes concretos y, en caso afirmativo, si lo ha intentado. El temor a hacer este tipo de preguntas que frecuentemente muestra el personal de ayuda, no está justificado. Hasta la fecha no se conoce que nadie que no

se haya planteado seriamente el suicidio lo haya llevado a cabo porque se le haya ocurrido a partir de una pregunta de su médico u otro personal de ayuda. En cambio el que quien pretende ser de ayuda ignore que el superviviente está haciendo planes al respecto, cuando esto es así, puede tener consecuencias fatales. En el duelo, los impulsos suicidas pueden tener que ver también con el deseo de reunirse con el muerto.

Los sentimientos negativos hacia alguien que ha muerto, pueden resultar inaceptables para quien los experimenta y ser negados o despertar fuertes sentimientos de culpa. Pensemos que la frase más corrientemente oída en los funerales es algo así como “*qué bueno era*”. Por ello es probable que el superviviente niegue este tipo de sentimientos si la persona que intenta ayudarlo le pregunta por ellos. En esta situación es útil la recomendación de Worden de dar primero ocasión de expresar los sentimientos positivos y escucharlos empáticamente con detenimiento para, una vez que el superviviente está convencido de que nos hacemos cargo de ellos poder entrar en los negativos. Una fórmula que, a veces, es útil es preguntar “*¿Qué es lo que le parece que más va a echar en falta de la persona que ha desaparecido?*” y sólo después “*¿Habrá cosas que, en cambio no echará de menos (aunque sea sus ronquidos)?*”. O la utilización de fórmulas que facilitan la expresión de la ambivalencia

Me hago cargo de que tuvo una relación de mucho afecto y que su pérdida ha sido muy dura. Hay muchas cosas que va usted a echar mucho en falta. Pero en toda relación hay algunos momentos menos buenos. ¿Cómo eran los momentos en los que pudo haber problemas entre ustedes?

Desde luego hay casos en los que sucede es precisamente lo contrario y todo lo que se expresan son sentimientos negativos. Aquí los sentimientos negativos pueden estar protegiendo al superviviente de la pena profunda que supondría reconocer que la pérdida (a veces no la ocurrida con la muerte, sino con la historia de la relación) fue importante para él.

También es frecuente que en el duelo aparezcan sentimientos de **culpa**. Muy frecuentemente ésta se organiza sobre formulaciones del tipo “*¿Y si...?*” (“*Si no le hubiera pedido que viniera*”, “*si le hubiera llevado antes al médico*”, “*si no hubiera hecho caso de lo que me dijeron*”, “*si hubiera conducido yo*”...). En esta situación puede ser útil ayudar al superviviente a preguntarse cuales son las opciones reales que hubo y por qué hubiera debido elegir una diferente.

La culpa puede tener que ver con las emociones experimentadas en relación a la pérdida. En ocasiones el superviviente puede pensar que se ha sentido insuficientemente afectado. En otras, puede sentir malestar por la experimentación de sentimientos de alivio, de satisfacción o de rabia hacia el fallecido. En tales situaciones es de utilidad la exploración del conjunto de sentimientos implicados tanto en la relación anterior con lo perdido como en la pérdida misma.

El sentimiento de culpa es más difícil de trabajar cuando hay responsabilidad

real en la pérdida (el superviviente que conducía borracho, el compañero que traicionó o abandonó al desaparecido, el familiar que cometió una negligencia clara...). Worden propone el uso de técnicas psicodramáticas para encarar esta tarea.

Los sentimientos de **angustia** e **indefensión** son también frecuentes. De hecho Parkes señala en la última edición de su clásico libro (1996) que la angustia es incluso más frecuente que la pena. La angustia puede provenir del sentimiento de indefensión o desamparo por tener que afrontar la vida sin lo perdido. El sujeto que pretende ayudar puede facilitar el manejo de este sentimiento, facilitando el que el superviviente analice las posibilidades de desempeño que tiene en su nueva situación

La angustia también puede provenir de la reactivación de la conciencia de la propia muerte. Tal reagudización se produce casi como regla general y suele ser pasajera. Si no es así, puede ser de utilidad hablar y compartir los temores.

Principio 3: Ayudar al superviviente a que sea capaz de resolver sus problemas cotidianos sin lo perdido

Supone ayudar al superviviente a poder enfrentar los problemas prácticos de la vida y a tomar decisiones sin lo perdido. La dificultad de esta tarea depende mucho del tipo de relación que existía entre lo perdido y el superviviente. Puede haberse perdido a la persona que tomaba las decisiones en la pareja, a la que aportaba el sustento o a la que se hacía cargo de tareas imprescindibles como el cuidado del hogar o la educación de los hijos. Puede haberse perdido un compañero sexual. Puede haberse perdido un elemento que ha sido esencial para la supervivencia (el empleo, la vivienda...). Y de ello derivan problemas prácticos de distinto orden.

Es frecuente que la persona que ha sufrido una grave pérdida se sienta impelido a hacer grandes cambios que le permitan sortear su dolor (cambiar de casa, de ciudad o de compañero...) En general, deben desaconsejarse medidas drásticas e irreversibles sobre decisiones tomadas en los primeros momentos, aunque, al hacerlo, conviene tener cuidado para no promover actitudes de indefensión. Se trata de posponer las decisiones para el momento en el que la persona esté capacitada para hacerlo pensando en las consecuencias y no sólo en la utilidad de la decisión para disminuir el sufrimiento en un momento dado.

Principio 4: Favorecer la recolocación emocional de lo perdido

La recolocación es, con frecuencia, interpretada como sustitución u olvido de lo perdido y, en tal caso, su anticipación puede mover un rechazo a la idea de progresar en el proceso de duelo, cuyo final se anticipa en la fantasía como un especie de traición a lo perdido o como signifiante de que el vínculo que anteriormente unía al superviviente con ello no era suficientemente fuerte como para dejar una señal permanente.

En realidad recolocar no significa abrir el camino a reemplazar (reemplazar es

imposible), sino dar a lo perdido un lugar en la memoria de modo que su recuerdo (tan cargado afectivamente como sea necesario) no vete la posibilidad de que el superviviente pueda sentir interés y afecto por otras cosas o personas. Es frecuente, que las personas que atraviesan procesos de duelo cuenten que al avanzar en esta tarea se les ha hecho más accesible, más nítido y más capaz de proporcionar gratificación, el recuerdo de lo perdido.

También hay supervivientes que se apresuran a rellenar el hueco dejado por lo perdido con nuevas relaciones o actividades, como procedimiento de evitar el dolor suscitado por la pérdida. En estas situaciones no podemos hablar de recolocación sino de defensas que entorpecen la tarea 2 (experimentar las emociones suscitadas por la pérdida).

Principio 5: Facilitar tiempo para el duelo

Como hemos señalado anteriormente, el duelo requiere tiempo. Esto, a veces, no es tan obvio ni para el superviviente, ni para las personas de su entorno, que, en ocasiones pueden presionarle para que recupere algunas de sus actividades previas antes de que esté preparado para ello.

Hay fechas o momentos que pueden ser particularmente difíciles. Son muy comunes las llamadas *reacciones de aniversario* (El primer aniversario suele ser particularmente difícil). También pueden ser difíciles el primer cumpleaños, las primeras Navidades o fiestas que son relevantes para la familia o el grupo, que se celebran sin el fallecido...

Principio 6: Evitar los formulismos

Como regla general puede decirse que los comentarios sociales al uso (“*te acompaño en el sentimiento*”, “*hay que seguir adelante*”, “*hay que ser fuerte*”) no suelen ser de utilidad y que generalmente, los supervivientes ya los han oído y si presentan problemas es porque no les han servido. Si el ayudador no sabe qué decir es preferible que lo reconozca diciendo algo así como “No sé que decirte”

Principio 7: Interpretar la conducta normal como normal

Es frecuente que algunos de los fenómenos que son normales en los procesos de duelo provoquen el superviviente o en su entorno miedo a que sean señales de que se está trastornando. Los fenómenos de presencia, las ideas de suicidio, los sentimientos de irrealidad se cuentan entre los que más frecuentemente provocan estas reacciones. En estas situaciones la persona que pretende ayudar puede tranquilizar informando de que se trata de fenómenos frecuentes en ese momento del proceso de duelo

Principio 8: Permitir diferencias individuales

También puede causar extrañeza y, a veces, alarma el hecho de que personas diferentes, aun dentro de un mismo grupo familiar y cultural, puedan manifestar comportamientos, emociones y modos de expresar éstas últimas muy diferentes entre sí. A veces eso puede hacer que la de alguno de ellos sea interpretada como patológica. También puede ser que los requerimientos diferentes de personas que están siguiendo trayectorias diferentes hagan que cosas que siente uno de ellos como necesaria para su progreso, puedan resultar entorpecedores para el proceso del otro. Tales posibilidades pueden ser anticipadas y discutidas por la persona que pretende ayudar.

Principio 9: Ofrecer apoyo continuo

Como los requerimientos de las personas en duelo son diferentes a lo largo del proceso, es útil que la persona que pretende ser de ayuda se muestre disponible durante el mismo, estableciendo, por lo menos las condiciones y el procedimiento por el que el superviviente o sus allegados pueden buscar un nuevo contacto. El contacto por parte del ayudador en determinados momentos (aniversarios...) puede estar indicado en casos especiales. Los grupos de autoayuda son especialmente útiles para este tipo de trabajo.

Principio 10: Examinar defensas y estilo de afrontamiento para prevenir complicaciones

Los procedimientos puestos en juego para hacer frente al dolor pueden ser, en ocasiones potencialmente peligrosos para la salud mental o para la salud en general y la persona que pretende ayudar puede tener que señalarlo. Hay personas que pueden utilizar el alcohol o las drogas (incluidos los psicofármacos) para evitar el dolor, que pueden exponerse en conductas peligrosas o temerarias (muy frecuente en situaciones de guerra) o que pueden utilizar mecanismos extremos de negación que pueden hacer previsible una dificultad para completar el proceso de duelo.

Principio 11: Identificar patología y derivar

La persona que pretende ayudar a quien está atravesando un proceso de duelo debe ser capaz de decidir cuándo sus propias capacidades de ayuda han sido rebasadas por la situación. En los casos en los que aparece sintomatología psicótica franca y perdurable, ideas de suicidio incoercibles, o cuadros depresivos clínicos está indicado el tratamiento de estos cuadros y, donde el sistema sanitario lo establezca así, la derivación a un especialista.

INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE DUELO

1.- Detección de problemas relacionados con el duelo

Es frecuente que la existencia misma de pérdidas y, consiguientemente de procesos de duelo subsecuentes a ellas pase desapercibida para la persona que pretende prestar ayuda al superviviente. También lo es el que, aunque las pérdidas sean conocidas por él, pasen desapercibidas señales de que está habiendo problemas en su elaboración. La presencia de pérdidas puede ser explorada a través de preguntas explícitas (“¿Ha ocurrido algo importante en su vida durante este período?”). En caso de respuesta positiva deben explorarse los sentimientos ideas y comportamientos suscitados por la misma (“¿Qué le hizo sentir eso?”, “¿Qué le vino a la cabeza?”, “¿Qué es lo que hizo entonces?”, “¿Cómo se sintió después?”, “¿Y ahora?”). Deben rastrearse no sólo las pérdidas actuales, con la posibilidad de que se presenten problemas de los etiquetables como “duelo distorsionado” sino, los posibles efectos de pérdidas pasadas que puedan causar actualmente problemas como “duelo diferido” (por ejemplo en forma de reacción de aniversario o reacción desmedida ante una nueva pérdida, aparentemente intrascendente).

El **cuadro 2** presenta una serie de situaciones que podrían orientar a la presencia de problemas en un proceso de duelo en curso y las preguntas que podrían ayudar a ponerlos de manifiesto. En ocasiones, lo que puede ser más prominente no es la presencia de fenómenos preocupantes, sino la ausencia de los que suelen ser normales. Tal ausencia puede ser explícitamente explorada.

«He observado que Vd. no mencionó a su madre cuando hablamos de sus padres.(...) ¿Ha muerto recientemente alguien próximo a Vd.? (...) ¿Podría hablarme sobre esta muerte? (...) ¿Cuándo? (...) ¿Dónde? (...) ¿Cómo fue? (...) ¿Cómo se sintió cuando se enteró de la muerte? (...) ¿Cómo estuvo las semanas siguientes? (...) ¿Qué cosas cambiaron en su modo de comportarse?».

Estrategias de intervención (Klerman, Rousanville, Chevron, Neu, Weissman 1984)

Lo anteriormente expuesto puede concretarse en una estrategia en la que el superviviente y la persona que pretende ayudarlo se embarcan en una serie de tareas. Así lo hacen Klerman y colaboradores (1984), cuyo esquema desarrollaremos a continuación.

Facilitar la expresión de los sentimientos y explorar sin emitir juicios

La persona que pretende ayudar puede facilitar esto animando al paciente a pensar en la pérdida, facilitándole, con el manejo de los silencios y de las señales de que se le está escuchando tiempo y espacio para ello, y pidiéndole que relate la secuencia de hechos que se organizaron alrededor de la misma y las emociones asociadas a ellos (“¿Cómo se enteró?”, “¿Qué estaba usted haciendo entonces?”,

HECHO	PREGUNTA
1. Múltiples pérdidas	¿Qué más estaba sucediendo en su vida en el momento de esta muerte?. ¿Alguien más murió o se fue?. ¿Qué recuerda de ello desde entonces?. ¿Alguien ha muerto de forma o en circunstancias similares?.
2. Afecto inadecuado en el período de duelo normal.	En los meses que siguieron a la muerte ¿Cómo se sintió?. ¿Tuvo problemas de sueño?. ¿Se condujo como de costumbre?. ¿Tenía ganas de llorar?.
3. Evitación de las conductas referidas a la muerte.	¿Evitó ir al funeral o visitar la tumba?.
4. Síntomas en torno a una fecha significativa.	¿Cuándo murió esta persona?. ¿En qué fecha?. ¿No empezó a tener síntomas por entonces?.
5. Miedo a la enfermedad que causó la muerte	¿De qué murió esta persona?. ¿cuáles fueron los síntomas?. ¿Teme Vd. tener la misma enfermedad?.
6. Historia de conservación del entorno como era cuando vivía la persona querida.	¿Qué hizo Vd. con sus pertenencias?. ¿Y con la habitación?. ¿Lo dejó igual que cuando murió?.
7. Ausencia de la familia u otros apoyos durante el duelo.	¿Con quien contó Vd. entonces?. ¿Quién le ayudó?. ¿A quien buscó?. ¿En quien pudo confiar?.

“¿Qué es lo que le dijeron exactamente?”, “¿Cómo se sintió?”, “¿Qué le vino a la cabeza?”, “¿Qué hizo?”, “¿Cómo se sintió entonces?”, “¿Cómo se siente ahora al recordarlo?”, “¿Qué le hace pensar esto?”...o, también «Cuénteme cosas sobre cómo era...”, “¿Qué hacían juntos?”, “¿Cómo se enteró usted de su enfermedad?” “Describalo...”, “¿Cómo se enteró de su muerte?”, “¿Cómo se siente sobre todo esto?»)

Tranquilizar

El superviviente puede experimentar miedo a muchas cosas. En primer lugar al significado de algunas de las manifestaciones del proceso de duelo. La persona de ayuda puede aplicar los principios anteriormente reseñados sobre interpretar como normal el comportamiento normal y permitir las diferencias individuales. Pero también puede manifestar miedo a hablar de la pérdida o rememorar determinados hechos. En este caso quien pretende ayudar puede manifestar su disposición a apoyarle y su idea de que tal expresión no suele dar lugar a problemas incontrolables. Horowitz (1976) relaciona una colección de miedos que son frecuentes y deben ser explorados. Aquí los recogemos en el **cuadro 3**.

CUADRO 3: EMOCIONES FRECUENTES EN LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DUELO (Horowitz 1976)

Miedo a la repetición del acontecimiento
Vergüenza por haber sido incapaz de prevenir o posponer el hecho.
Rabia hacia el fallecido.
Culpa o vergüenza sobre los impulsos o fantasías destructivos.
Culpa del superviviente.
Miedo de identificación o fusión con la víctima.
Tristeza en relación con las pérdidas.

Reconstruir la relación

La labor de construcción de nuevas narrativas a la que estamos refiriéndonos, se ve facilitada por la reconsideración de la historia de la relación con lo perdido. Por ello es de utilidad animar al superviviente a que nos narre su relación con ello y facilitarle en que lo haga haciendo hincapié en los afectos (positivos o negativos) puestos en juego por cada uno de los acontecimientos narrados.

«*Cuénteme cómo fue su vida con...*» (...) «*¿Cómo ha cambiado su vida desde que murió?*» (...), «*Toda relación tiene sus altos y bajos. ¿Cuáles fueron los suyos?*».

Esclarecer

Se trata aquí de ayudar al paciente a desarrollar un nuevo modo de ver los hechos para lo que deben explorarse respuestas tanto afectivas como factuales. Conviene evitar el refugio en sobreentendidos como «*ya se puede usted imaginar*», «*lo normal*», «*como todos los matrimonios*», «*como cualquier padre*», y pedir al superviviente que concrete, porque nos interesa precisamente el modo en el que esto le sucedía a él o ella personalmente. En cualquier caso ayudan preguntas como las siguientes:

«*¿Cuáles eran las cosas que le gustaban de...?. ¿Y cuáles las que no?*».

Explorar los cambios de comportamiento

La exploración de los cambios experimentados tras la pérdida puede señalar dificultades en la realización de alguna de las tareas o procedimientos de afrontamiento problemáticos.

«*¿Cómo es su vida ahora?. ¿Cómo ha intentado compensar la pérdida?. ¿Quiénes son sus amigos?. ¿Con qué actividades disfruta?*».

Técnicas

Para llevar a cabo esta propuesta de actuación, puede ser útil la utilización de algunas técnicas concretas. Revisaremos a continuación el listado propuesto por Worden (1991):

Utilización de un **lenguaje evocador**. Como la contemplación del sufrimiento de otra persona es dolorosa, las costumbres y las buenas maneras suelen consagrar precisamente el uso de términos que no evoquen sentimientos dolorosos a nuestros interlocutores. En los hospitales, por ejemplo, lo frecuente es la utilización de términos como *exitus*, óbito o, en todo caso, del verbo “fallecer” para referirse a la muerte o al morir. Ni que decir tiene que estos términos no facilitan el que el superviviente ponga en juego sus sentimientos en su relación con nosotros. La utilización de términos evocadores (“muerte”, “perder”, “viudo”...) y de tiempos verbales adecuados, facilita tanto el que el superviviente tome conciencia del hecho de la pérdida, como que contacte con sus sentimientos (tareas 1 y 2).

Utilización de **símbolos y objetos de vinculación**. Puede ser de utilidad permitir o pedir al superviviente que muestre fotos, imágenes o recuerdos del fallecido o de lo que se ha perdido, ya que ello facilita la emergencia de los afectos en la relación con nosotros. Un caso especial son los llamados **objetos de vinculación**. Se trata de objetos cargados con un simbolismo, a través de los cuales se mantiene la relación con el fallecido. En ocasiones pueden dificultar completar el proceso de duelo. Pueden ser de muchos tipos: objetos que el muerto utilizó en vida, como relojes o joyas, algo con lo que el muerto extendía sus sentidos, como una cámara o un bastón, una representación del muerto, como una fotografía o algo que el superviviente tenía a mano cuando se enteró de la noticia o cuando vio el cuerpo. Cuando existen, el superviviente necesita saber siempre exactamente donde está para no sentir angustia. Son similares a los objetos transicionales de los niños. Son diferentes de otros recuerdos, pues están investidos de mucho más significado y causan una gran ansiedad cuando se pierden. En el trabajo con personas en duelo, se puede explorar la existencia de tales objetos, preguntando qué cosas han conservado después de la muerte. Si se cree que el superviviente está utilizando algo como objeto de vinculación se debe discutir en la terapia. Puede ser útil animarle a traer estos objetos a la sesión de terapia.

Con algunas personas es útil el uso de **escritos** porque el acto de escribir facilita el contacto con sus emociones y la búsqueda de significados. Pueden por ejemplo escribir al difunto expresando sus emociones, hacer un diario del proceso de duelo o utilizar este medio para “resolver” discusiones pendientes o decir cosas que no tuvieron ocasión de comunicar antes.

La utilización de **dibujos** juega el mismo papel para otras personas. Es particularmente útil en niños

El **rol playing** es útil al menos con dos objetivos. En primer lugar para facilitar la expresión de emociones y la búsqueda de nuevos significados, así como actualizar conflictos pendientes con la persona ausente. Una modalidad especialmente útil en estas situaciones es la de la silla vacía, en la que el superviviente puede comunicar al desaparecido algo pendiente imaginándolo en una silla colocada a su lado. También puede ocupar esa silla e imaginar cómo será recibido por el desaparecido

lo que acaba de decir, para luego volver a ocupar la suya y continuar la “conversación”. El *rol playing* también puede ser utilizado para modelar o entrenar habilidades, sobre todo en personas que están teniendo dificultades en la tercera tarea (enfrentar los problemas prácticos de la vida sin lo que se ha perdido)

La **reestructuración cognitiva**, por la que se tratan de analizar asunciones implícitas y diálogos internos, es particularmente útil por ejemplo, para tratar con los problemas referentes a los sentimientos de culpa o responsabilidad que parecen en forma de “¿Y si...?” (“*Si yo no le hubiera pedido que viniera, si se lo hubiera advertido, si hubiera ido yo...*”)

En algunos casos puede ser útil la confección de un **libro de memorias** que, además, puede emprenderse como una tarea colectiva, facilitando el que la familia entera, incluidos los niños, comparta el intento de reconstruir la relación con el ausente, reuniendo, fotos, escritos, recuerdos...

El uso de la **imaginación guiada** (en la que el paciente imagina al muerto, con los ojos cerrados y tiene ocasión de establecer algún tipo de *diálogo* con él) cumple la misma función que la técnica de la silla vacía a la que hacíamos referencia anteriormente.

La utilización de **psicofármacos** ha sido objeto de polémica. En general se admite su uso puntual para aliviar el insomnio o la ansiedad. El uso de antidepresivos no está indicado, salvo en el caso de que aparezca, como complicación una depresión clínica.

A MODO DE CONCLUSIÓN

El modelo del duelo, entendido como un proceso en el que alguien que ha sufrido la pérdida de alguien o algo importante para él, se adapta a vivir sin ello, resulta de utilidad para estructurar la ayuda que puede prestarse a personas que sufren pérdidas como consecuencia de guerras, violencia o catástrofes. Tiene la ventaja sobre los modelos que entienden estos mismos problemas como resultado de una agresión al organismo por un agente traumático de otorgar un papel al superviviente y a su entorno en el proceso de resolución y tiene, por sí misma un sentido normalizador. Este modelo sirve para guiar actuaciones a diferente nivel, que se ha expuesto en el texto.

Desde la perspectiva del construccionismo social la comprensión y el tratamiento del duelo se entienden, como un proceso de adaptación a las consecuencias sociales y psicológicas producidas por las situaciones de guerra, violencia o catástrofes en relación a los presupuestos culturales de cada sociedad.

Palabras clave: duelo, pérdida, estrés postraumático, enfrentamiento, aspectos interculturales.

Texto elaborado para el

Diploma en Salud Mental en Violencia Política y Catástrofes»

(Título Propio de la Universidad Complutense de Madrid)

Dirigido por Pau Pérez Sales y Carlos Martín Berinstain

Notas

- 1 Y de la ciencia en general. Lo obvio es que el cielo es azul, la tierra es plana y el sol describe un semicírculo a nuestro alrededor
- 2 *No parece que tenga sentido hablar de evitación* como síntoma cuando la amenaza real continúa vigente; la *hiperalerta* aumenta objetivamente las posibilidades de sobrevivir a la segunda granada en un bombardeo; el entumecimiento afectivo permite sobrevivir aún dejando desangrarse a un ser querido al que un francotirador ha preferido herir mortalmente, evitando matarlo en el acto, precisamente para convertirnos en nuevo blanco al intentar socorrerlo; las imágenes intrusivas (no mucho mas intrusivas que la realidad) permiten sostener este estado.
- 3 ¿Cuántas veces hemos oído, en condiciones de paz cosas como «*Verdaderamente, no me di cuenta de que faltaba hasta que vi la cama sin él (o su despacho vacío, o el armario con la ropa que no volverá a ponerse..)*»? La pérdida de un ser querido en la guerra puede haber sido simultánea o inscribirse en la sucesión de la pérdida de la casa, las pertenencias, la ciudad, el trabajo...

Referencias bibliográficas

- AVERILL, JR. & NUNLEY, EP. (1998). Grief as an emotion and as a disease: a social constructivist perspective. en Stroebe, Stroebe & Hansson *Handbook of bereavement*. New York, Cambridge University Press, 1993, 77-91.
- BENNET, G. (1998). Coping with loss: The doctor losses: ideals versus realities. *British Medical Journal*; 316: 1238-1240. (18 April)
- BLACK, D.. (1998). Coping with loss: Bereavement in childhood. *British Medical Journal*; 316: 931-933. (21 March) a
- BLACK, D..(1998). Coping with loss: The Dying child. *British Medical Journal*; 316: 11376-1378. (2 May) b
- BOWLBY, J. (1986). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata
- BOWLBY, J. (1990). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Buenos Aires: Paidós, (Attachment and Loss, vol 3. Loss, sadness and depression, Tavistock, 1980)
- BOWLBY, J. (1985). *La separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- CLARK, S. (1986). *Loss and grief in general practice: a pilot study*. National convention of the Royal Australian College of general practitioners.
- CAPLAN, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books (trad cast. Principios de psiquiatría preventiva. Buenos Aires: Paidós. 11 reimpresión 1980)
- EISENBRUCH, M. (1984). Cross-cultural aspects of bereavement; I: a conceptual framework for comparative analysis. *Culture, Medicine and Psychiatry* 8: 283-309.
- FIGLEY, C., BRIDE, B. & MAZZA, N (1997). *The traumatology of grieving*. London: Taylor and Francis
- FITZGERALD, RG. & PARKES, CM. (1998). Coping with loss: Blindness and loss of other sensory and cognitive functions. *British Medical Journal*; 316: 1160-1163. (14 March)
- FREUD, S. (1948). *Duelo y melancolía*. En Freud S. Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva: 1087-1095.
- HOROWITZ, MJ (1976). *Stress response syndromes*. New York: Jason Aaronson.,
- HOROWITZ, MJ, SPEGEL B, HOLEN A, BONANNO GA, MILBRATH C & STINSON, CH. (1997). Diagnostic criteria for Complicated Grief Disorder. *American Journal of Psychiatry*; 154: 904-910.
- KLERMAN, GL, ROUSANVILLE, B, CHEVRON, E., NEU, C & WEISSMAN, MM. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression (IPT)*. New York. Basic Books..
- KÜBLER-ROSS, E. (1989). Sobre la muerte y los moribundos.. Barcelona, Grijalbo.,

- LINDEMANN, E. (1994). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal Psychiatry* 1944 (reimpreso en *American Journal of Psychiatry*; 151:6, 155-60)
- MAGUIRE, P. & PARKES, CM. (1998). Coping with loss: Surgery and loss of body parts. *British Medical Journal*; 316: 1086-1088. (4 april)
- MARTÍN BERINSTAIN, C. (1999). Reconstruir el tejido social. Un enfoque crítico de la ayuda humanitaria. Barcelona: Icaria
- MIDDLETON, W. ET AL. (1993). Pathological grief reactions, en Stroebe, Stroebe and Hansson *Handbook of bereavement*. New York, Cambridge University Press, , 44-62.
- PARKES, CM. (1993). Bereavement as a psychosocial transition: Processes of adaptation to change. en Stroebe, Stroebe and Hansson *Handbook of bereavement*. New York, Cambridge University Press, , 91-102.
- PARKES, CM. (1996). *Bereavement: studies of grief in adult life*. London, Penguin Books,.
- PARKES, CM. (1998). Coping with loss: Bereavement in adult life. *British Medical Journal*; 316: 856-859. (14 March) a
- PARKES, CM. (1998). Coping with loss: The Dying adult. *British Medical Journal*; 316: 1313-1315. (25 April) b
- PARKES, CM. (1998). Coping with loss: Facing loss. *British Medical Journal*; 316: 1521-1524.(16 May) c
- PITT, B. (1998). Coping with loss: loss in late life. *Britihs Medical Journal*; 316:1452-1454 (9 May)
- ROSENBLATT, P.C. (1993). Grief: the social context of private feelings. en Stroebe, Stroebe and Hansson *Handbook of bereavement*. New York, Cambridge University Press, 102-12
- SHAPIRO, E. (1996). Family bereavement and culture diversity: a social development perspective. *Family Process*, 35: 313-32.
- SIMOS, BG. (1979). *A time to grief*. New York: Family Service Association,
- STYLIANOS, S. & VACHON, ML. (1993). The role of social support in bereavement, en Stroebe, Stroebe and Hansson *Handbook of bereavement*. New York, Cambridge University press, 397-411
- WEISS, R.. (1998). Coping with loss: Separation and other problems that threaten relationships. *British Medical Journal*; 316: 1011-1013. (28 March)
- WORDEN, JW. (1991). *Grief counselling and grief therapy*. New York, Routledge,.
- YEHUDA, R & MCFARLANE, AC. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry*; 152: 1705-1713.

PSICOTERAPIA CON CLIENTES TRAUMATIZADOS Y EN DUELO: UN MARCO CONSTRUCTIVISTA PARA EL AMOR Y LA CURACIÓN.

Keneth W. Sewell Ph.D.

Department of Psychology, Box 311280, University of North Texas, Denton
Texas 76203-1280, USA. sewellk@unt.edu

According our experience love is the main active ingredient of psychotherapy, whether acknowledged by therapist and client or not. Nevertheless several questions remain: What is meant by "love" in this context? Why should love be effective in ameliorating negative effects of trauma? Why is the love from a non-therapist (e.g., family member, friend) often not sufficient to provide the needed healing? How does a psychotherapist come to love a client? How do these concepts relate to the "techniques" typically used in the treatment of posttraumatic stress and complicated bereavement?

Key words: therapeutic love; bereavement; posttraumatic stress; unconditional positive regard; empathy.

Introducción

Una persona traumatizada por una pérdida necesita ser querida *con su* trauma. Este amor debe ser expresado y experimentado por otro ser humano. La persona traumatizada cree que esta otra persona puede sobrevivir a su horror y a su dolor... y no obstante todavía quererle.

Como grupo (en general), los psicoterapeutas americanos tienden a mostrarse cautelosos con el concepto de "amar" a los clientes de la psicoterapia. Existe un tipo de evitación inmadura que se basa en la asociación del "amor" con la "sexualidad". Si no fuera por este miedo, estoy convencido de que la mitad de los libros de psicoterapia se titularían, "Cómo amar a sus clientes de psicoterapia;" y la otra mitad se podría titular, "Cómo convencer a sus clientes de que les ama." En vez de afrontar este asunto cara a cara, tendemos a centrarnos en "técnicas", "planes de tratamiento" y "habilidades de entrevista" - todos los cuales son substitutos del amor que nos

proporcionan una distancia impersonal y segura. Pero el amor es el ingrediente activo de la psicoterapia, tanto si es reconocido por el terapeuta y sus clientes como si no.

Para la mayoría de los psicoterapeutas intuitivos, los dos párrafos anteriores pueden ser suficientes para servir como guía de la conducción de la psicoterapia con clientes traumatizados y en duelo. Para el resto de nosotros (aquellos que necesitan o quieren envolver nuestras habilidades emocionales con ropajes verbales, para hacerlas más fácilmente discutibles, pensables, aceptables o técnicas), quedan unas cuantas preguntas sin contestar: ¿A qué se refiere la palabra “amor” en este contexto? ¿Por qué debería ser eficaz el amor en la mejora de los efectos negativos del trauma? ¿Por qué con frecuencia el amor del no-terapeuta (por ejemplo, un miembro de la familia, un amigo) no facilita la curación deseada en medida suficiente? ¿Cómo convence un terapeuta a un cliente traumatizado de que le ama? ¿Cómo se relacionan estos conceptos con las “técnicas” usadas habitualmente en el tratamiento del estrés postraumático y del duelo complicado? El resto de este artículo intentará responder a estas preguntas al menos hasta cierto punto. En este contexto se describirá un modelo constructivista de psicoterapia para el estrés postraumático. En otras palabras, este artículo describe cómo amar a los pacientes traumatizados en un lenguaje compatible con la psicología constructivista.

¿Qué es el amor?

No hace falta decir que el “amor” es una palabra difícil de definir, a pesar de su casi universalidad en la experiencia humana. Se puede argumentar que el alcance de este constructo va más allá de la emoción humana, incluyendo, al menos, el reino animal. Desde una perspectiva biológica evolutiva, Maturana y Varela (1998) definen el amor de forma bastante simple, como el deseo por parte de un organismo de existir en estrecha proximidad física con otro. A pesar de que esta definición carece de suficiente amplitud para captar la emoción humana del amor, transmite un aspecto importante que será importante para nuestro uso del amor en psicoterapia: el deseo de proximidad. Tomando una perspectiva decididamente más psicológica, McCoy (1981), caracterizó el amor como una valoración del sistema de constructos del otro (es decir, una restauración psicológica). Mezclar estas dos definiciones parece una tarea bastante fácil, incluso estrictamente semántica: amor es considerar la existencia total del otro como un tesoro.

La distinción semántica entre éste y el concepto de “valoración” de McCoy es significativa; “considerar como un tesoro” implica un mayor deseo del organismo por la proximidad, de acuerdo con la definición de Maturana. El aprecio es a la vez psicológico y físico. El aprecio de la “existencia total” del otro trasciende (e incluye igualmente) la noción psicológica de valoración del sistema de constructos de la otra persona, implicando que las experiencias, tendencias, fuerzas, debilidades y atributos (físicos y demás) del individuo merecen adoración y cuidado.

Por eso, el terapeuta que ama a su cliente traumatizado siente y expresa una sensación de querer al cliente por lo que es, como llegó a ser la persona que es, sus heridas, sus aspiraciones, sus desesperaciones y sus luchas. Cuando revela aspectos de sí mismo que él mismo aprecia, experimenta que su terapeuta los aprecia también. Cuando revela (a propósito o no) aspectos de sí mismo que le disgustan (incluso aquellos que no puede admitir completamente que posee), siente que su terapeuta aprecia esos mismos aspectos..., no que simplemente tolera o acepta sus dificultades e imperfecciones, sino que los aprecia totalmente.

¿Por qué funciona el amor?

Las experiencias traumáticas se manifiestan de muchas formas, desde la pérdida de un ser querido a la vivencia de unos hechos horribles, un dolor o miedo extremo. Las experiencias traumáticas, no importa de qué tipo, interrumpen el mundo psicosocial del superviviente de dos maneras fundamentales: (1) mediante la introducción de una catástrofe o un caos manifiesto en el curso del tiempo, la experiencia traumática perturba las expectativas del superviviente respecto a la probabilidad y predictibilidad favorable de los acontecimientos y de sus acciones sobre el mundo; y (2) mediante la invalidación de las formas preferidas de comprensión y experimentación del self y de la relación del self con los demás, los traumas interrumpen la construcción y anticipación del mundo social. Esta segunda interrupción puede ser muy significativa cuando el trauma es provocado por la muerte de un ser querido. La capacidad de predicción y la probabilidad percibida de los resultados positivos en (1) se asocia en la medida en que una persona siente la capacidad de acción sobre el mundo que le rodea (¿puede el superviviente influir en el mundo en el cual vive?). Dada la necesidad crítica de puntos de referencia sociales para construir el self, la interrupción social (2) se experimenta como una pérdida profunda para el superviviente. Estas dos interrupciones pueden explicar la totalidad de las reacciones del estrés postraumático (cf. Sewell, en prensa; Sewell y Williams, 2001, 2002) así como la función del amor como el ingrediente activo de la psicoterapia en el estrés postraumático.

El cliente experimenta inevitablemente de manera positiva el amor, cuando se vive y se expresa consistentemente y apropiadamente en una relación terapéutica. “Todos queremos ser amados,” dice el viejo proverbio; lo *quieras* o no, a todos nos *gusta* ser amados. La expresión activa de amor de un ser humano a otro sin demandas de respuesta o incluso de reciprocidad propicia la movilización de los recursos positivos que posee la persona amada, así como una menor atención a las imperfecciones percibidas. Este amor no-exigente lleva al cliente a la conclusión lógica (incluso tácita) de que al menos se pueden predecir algunos resultados positivos, tales como el amor del terapeuta. Independientemente del rol específico que adopte el terapeuta en la relación terapéutica (maestro, gurú, mentor, confidente, curador, mero escuchador, etc.) la relación es, por su naturaleza, social. Por eso, a pesar de

la confusión que pueda existir en la esfera social más amplia del cliente, el cliente siente *pertenecer* realmente a alguien en la conexión amorosa con el terapeuta.

Por eso, el amor -mediante su doble conexión con el sentido de la agentividad personal y el de pertenencia social- colabora directamente, haciendo frente a la interrupción creada por las experiencias traumáticas. La experiencia de ser amado de esta manera no exigente contraría las experiencias postraumáticas de dislocación social y de miedo al caos sin fin. Cuando este tipo de amor se experimenta y se expresa completamente ofrece un hábitculo social para la experiencia traumática que previamente residía sólo en la cruda experiencia del individuo, sujeta a la re-experimentación y al control/supresión sintomático.

¿Por qué el amor del terapeuta?

Hay diversos aspectos de la relación terapéutica que difieren de la relación con la pareja, con compañeros o amigos. En primer lugar, es unidireccional. Esto no quiere decir que la información vaya sólo en una dirección, o que sólo una de las personas cambie como resultado de la relación. Más bien se trata de un acuerdo explícito por el que el terapeuta presta la ayuda al cliente y no viceversa. Esto nos conduce a una segunda diferencia, que es la que otorga su poder único de curación al amor en la relación terapéutica: la relación (y, en consecuencia, el amor) no es completamente recíproca. Por supuesto que muchos clientes quieren a sus terapeutas de la forma más humana y cariñosa imaginable. Sin embargo, poco conseguiría el profesional si cualquier elección terapéutica se basara en la suposición del amor del cliente. Al contrario, el amor del terapeuta es gratuito y no pide cariño ni protección a cambio; es incondicional. Este es el sentido que Rogers (1957) quería transmitir con el concepto de “consideración positiva incondicional”. Esta expresión se ha reinterpretado frecuentemente como la validación de los pensamientos y acciones del cliente independientemente de las consecuencias. Aunque no es incorrecto, el concepto original de la consideración positiva incondicional (o la calidez no-posesiva; Raskin, 1985) implica un amor que no exige reciprocidad o comportamientos para ganar el amor.

El amor en las relaciones humanas bidireccionales y recíprocas casi nunca es incondicional..., ni siquiera momentáneamente. Este tipo de amor puede ser muy intenso, puede cambiar la vida, estar lleno de significado y de profundidad espiritual; mientras que el amor mutuo pide atención recíproca a las necesidades del otro. Incluso si la otra parte no comunica directamente estas demandas, cada miembro de la díada las comprende y las internaliza como componentes necesarios de la relación. En la relación terapéutica eficaz, sin embargo, las demandas para ganarse el amor de y la protección o el cuidado del terapeuta no sólo están ausentes sino que el terapeuta experto las invalida sistemáticamente cada vez que el cliente asume que son relevantes.

Los traumas casi desbordan los recursos de enfrentamiento del superviviente,

dando lugar al ajuste sintomático. Las demandas (aun las supuestas, innecesarias o inexpressadas) de que el superviviente proteja, disfrute de la vida con o incluso ame verdaderamente a su compañero afectivo hacen que sea casi imposible compartir la experiencia traumática. Por eso, la persona más querida por la persona traumatizada (la hija de la mujer viuda, el esposo de una superviviente a una violación, la madre de un veterano) se encuentra en la peor posición para ofrecer un ambiente acogedor para el dolor. La apuesta es demasiado alta, y el “otro” está demasiado implicado en la salud mental del superviviente, muchas veces en los mismos hechos que provocaron el trauma, y casi seguro en la capacidad de la persona traumatizada de continuar amando la pareja. El terapeuta en cambio, no necesita la protección y el amor, y por eso puede amar al cliente libre del impulso de protegerle a él, y a la relación, del horror del trauma.

A veces, sucede que el hecho de compartir verdaderamente el trauma ocurre también en relaciones no terapéuticas. Cuando esto sucede, si la relación (y el compañero afectivo) pueden soportar la carga del trauma, la curación es manifiesta. La relación psicoterapéutica simplemente crea el contexto donde la probabilidad de soportar el dolor aumenta gracias a la misma.

Cómo amar a un cliente traumatizado

El primer paso para amar a un cliente traumatizado implica la voluntad de conocer al cliente al nivel de su dolor y de intentar ser de ayuda. Ya me he referido a esto como el aspecto del “manejo de síntomas” de la psicoterapia postraumática (por ejemplo, Sewell, 1997; Sewell y Williams, 2001, 2002). El objetivo principal es ganarse la confianza del cliente ayudándole a aliviar algunos de los trastornos que se presentan. Además de situar al terapeuta como una figura social importante en la vida del cliente, el alivio de la ansiedad debilitadora y/o de las disfunciones sociales permite también al terapeuta (en contraposición a la simple supervivencia) movilizar las energías del cliente hacia el crecimiento. El eclecticismo técnico (utilizado más abajo bajo el concepto de “técnicas”) se emplea aquí como un intento genuino para aliviar parte del dolor del cliente.

El próximo paso es escuchar el relato de la vida del cliente, también conocido como “revisión de vida”. La revisión de vida obliga al cliente a compartir su personalidad, experiencias y recuerdos pasados de manera que el terapeuta y el cliente compartan la historia de la vida que se vio interrumpida por la experiencia traumática. El amor implica el deseo y los esfuerzos de aproximación. El conocimiento es en sí mismo un tipo de aproximación. Esta proximidad sitúa al terapeuta como una audiencia importante de la narrativa del cliente, y ofrece la base relacional para afrontar el siguiente paso, “el alivio del trauma”.

El alivio del trauma implica la evocación de los recuerdos relacionados con el trauma a fin de acercar al terapeuta al trauma y a la pérdida del cliente y permitir que ambos reconstruyan la experiencia de forma conjunta. Implica introducir psicoló-

gicamente el terapeuta en y a través del trauma, pero no se reduce a una simple repetición; al contrario está abierto a la transformación. Por eso, el alivio no significa “revivirlo en el pasado, de la misma manera;” sino que más bien el alivio requiere vivirlo ahora con todos los nuevos recursos, el nuevo co-narrador, la nueva audiencia, en busca de un nuevo self. En este punto de la psicoterapia el terapeuta empieza a apoyarse sobre el valioso *status* de co-narrador y de audiencia, alimentado a través del manejo de los síntomas y de la revisión de vida. En el momento de aliviar los aspectos más dolorosos de la experiencia del cliente, el terapeuta puede sujetar la mano y el corazón del cliente, animando a compartir y sobrellevar el dolor.

Una vez el cliente y el terapeuta se enfrenten al horror de la experiencia traumática del cliente juntos, de manera colaboradora, el terapeuta puede empezar a yuxtaponer las diferentes capas psicológicas de experiencia del cliente (también conocidas como “conexión constructiva”). El terapeuta ayuda al cliente a relacionar los recuerdos a través de la introspección, la introspección con la reflexión (recuerdos combinados con re-evaluación), la reflexión con la nueva relación con el terapeuta, y a tejer historias entre estos niveles que sean coherentes y que confieran un sentido viable del self. Conectar las dimensiones temporales y sociales de la comprensión del self en relación con el trauma sirve para construir una nueva experiencia del trauma. Dada la complejidad del concepto de la conexión constructiva, ofrecemos un ejemplo (extraído de Sewell & Williams, 2002).

Darla fue asaltada verbal y físicamente por un repartidor en su casa. Antes de escribir y hablar con su terapeuta la experiencia del trauma, se culpaba por haber dejado entrar al asaltante en su casa y por no haber neutralizado su comportamiento. Inicialmente, el sentido de sus propios esfuerzos de supervivencia y la secuencia con que ocurrió el trauma eran vagos y confusos. El terapeuta mostró repetidamente y de forma patente su preocupación por Darla e insistió en que su supervivencia era la consecuencia más importante de este ataque sin sentido. Después de hablar y escribir sobre el trauma, y luego de leer su propio relato y de procesar sus explicaciones anteriores del trauma con el terapeuta, Darla recordó diversas estrategias que había utilizado para protegerse. Se le ayudó a establecer conexiones narrativas entre aspectos aparentemente inescrutables de su experiencia: comportamientos que aparentemente no tenían sentido para ella, el propio ataque, y su supervivencia altamente apreciada por el terapeuta empático y preocupado por ella. Por eso, fue capaz de reconstruirse como un agente activo de la consecución de su seguridad, más que como una víctima ineficaz e impotente. Después de estas sesiones, Darla explicó que sus sentimientos de seguridad y autoeficacia habían mejorado, aunque todavía se sentía potencialmente vulnerable ante el comportamiento violento de otra persona.

El próximo aspecto del tratamiento implica la co-construcción de un futuro

para el cliente (también denominado “metaconstrucción futura intencional”). Frecuentemente, los clientes traumatizados -particularmente quienes han perdido a un ser querido recientemente- no tienen un sentido claro del futuro. Otros clientes ven el futuro sólo en términos de todavía mayor proliferación de traumas. La ampliación del proceso co-creativo de la conexión constructiva y la metaconstrucción futura intencional implica la composición de posibles futuros escenarios y selfs.

A medida que se va explorando en la terapia la metaconstrucción del futuro intencional, aparece un nuevo terreno para la conexión constructiva. Este proceso continúa (añadiendo más revisión de vida y alivio del trauma en la medida que sea necesario) hasta que el trauma forma parte de la narrativa del cliente como un componente importante pero integrado de la historia en general, que ha influenciado pero no ha determinado la vida del cliente.

Ayudar a los clientes a experimentar el amor

Para que el amor sea una herramienta terapéutica efectiva, no sólo debe ser sentido por parte del terapeuta, sino que también debe ser comunicado (y sentido) efectivamente por el paciente. La cosa más importante que un terapeuta puede hacer para comunicar el amor es adoptar un espíritu cuidadoso, atento, generoso o benévolo (o una “postura interpersonal” para aquellas personas que consideren problemático el término “espíritu”). Un espíritu cuidadoso y atento se caracteriza por una serie de cualidades. El terapeuta debe transmitir una sensación de *calma*, de tal forma que el cliente pueda percibir una presencia tranquilizadora cuando estén juntos; debe tener un sentido de auto-seguridad -una seguridad sentida genuinamente- de que nada de lo que diga o haga el cliente pueda devastar al terapeuta. El terapeuta con un espíritu cuidadoso y atento experimenta la aceptación del cliente, de su situación difícil, de su deseo de curación, de su miedo al cambio. La aceptación no significa que no se espere el cambio, sino que nunca se exige.

Un terapeuta generoso o benévolo también practica activamente el perdón. El perdón en este contexto se considera en su sentido más literal: “dar” al cliente incluso aquello que no ha pedido. El perdón puede significar hacer algunas atribuciones poco ortodoxas (desde la perspectiva de las expectativas sociales) sobre los comportamientos negativos pasados, pero el perdón es significativo incluso para el cliente traumatizado que no ha hecho (y lo sabe) nada malo. El perdón da permiso para ser humano, cometer faltas, luchar y compartir estos trozos de humanidad con espíritu benévolo. Vivir y comunicar el perdón es crucial para comunicar el amor.

La adopción de un espíritu generoso y benévolo implica alimentar un sentido de admiración de la capacidad de los seres humanos de soportar penalidades y superar el dolor, y de la sacralidad del espacio terapéutico. También implica el desarrollo de una apreciación genuina del cliente... de sus dificultades, sus esfuerzos, y su valor inherente. Finalmente, un terapeuta benévolo tiene confianza, tanto

en el potencial del cliente, como en sus propias habilidades como terapeuta.

Es posible que para comunicar el amor sea suficiente desarrollar y expresar un espíritu benévolo y generoso. Merleau-Ponty (1964), un filósofo francés, planteó que los seres humanos perciben las emociones de los demás *directamente* en el ámbito interpersonal (más que inferir indirectamente emociones basadas en análisis lógicos del comportamiento). Tompkins (1992) y sus seguidores de su “teoría del afecto” (por ejemplo, Nathanson, 1992) usan los mecanismos psicológicos e incluso los neuropsicológicos para sostener las proposiciones de que las emociones se perciben directamente como estados de sentimiento cuando se está en conexión con otras personas que sienten. Por eso, un terapeuta que adopta y alimenta un espíritu generoso y benévolo y que se aproxima de forma cuidadosa a un cliente traumatizado será percibido por el cliente como una persona que le ama.

Finalmente, los psicoterapeutas nunca deben olvidar o descuidar el poder de las expresiones verbales directas de amor o cariño. De acuerdo con los estándares culturales de comunicación, puede que no sea adecuado decir al cliente “te quiero.” Sin embargo, incluso en una cultura donde el amor crea tantos conflictos en la consulta del terapeuta como en los Estados Unidos, está perfectamente permitido, y muchas veces causa un gran impacto, decir:

“Admiro de verdad el coraje que se necesita para afrontar este problema. Siento realmente tu dolor y me gustaría poder tener un varita mágica para hacerlo desaparecer. Pero ambos sabemos que no puedo. Por eso estaré aquí con tu dolor tanto como me permitas. Quiero que sepas que me preocupo por ti y que quiero ayudarte”.

Estas declaraciones directas de amor y cariño la mayoría de las veces incluso alcanzan al cliente más insensible y defensivo..., incluso aquél cuyas habilidades para percibir emociones directa y efectivamente se han visto debilitadas por el dolor y el aislamiento.

El lugar de las técnicas.

Muchas veces explico a mis estudiantes que he llegado a creer que las “técnicas” significan más para el terapeuta que para el cliente. Sirven como puntales y estructuras para permitir al terapeuta que duda de sí mismo de que “está haciendo algo” durante el tiempo en el que el desarrollo de la relación puede permitir al amor ejercer su poder curativo. Sin embargo, las técnicas tienen su lugar en el tipo de estructura terapéutica que he descrito antes. Se puede ayudar al manejo de los síntomas mediante una miríada de herramientas técnicas (técnicas cognitivo-conductuales como el análisis de las autoinstrucciones, detención del pensamiento y el entrenamiento de las habilidades de relajación, ingeniería social, uso sensato de los medicamentos; apoyo interpersonal, etc.). También pueden ser de utilidad para ayudar a la exploración y la elaboración verbal de la revisión de la vida, la conexión constructiva y la metaconstrucción de futuro intencional una gran variedad de

técnicas *Gestalt* o artísticas (tales como la silla vacía, el diario, la poesía, la pintura, la redacción de cartas, etc.). Efectivamente, incluso la estructura completa del proceso terapéutico mostrado más arriba puede considerarse un ejemplo de la técnica conocida como “exposición y prevención de la respuesta” en los círculos conductuales y cognitivo-conductuales. Si se considera que el procesamiento intencional del contenido traumático (así como su contexto social y del ciclo vital) es una “exposición», entonces la “prevención de la respuesta” se consigue mediante la utilización de la relación terapéutica (a través del espíritu atento y benévolo) que ayuda al cliente a evitar huir del dolor y a retirarse en un aislamiento rumiador. En resumen, sería difícil crear un “manual” sesión por sesión para el tipo de terapia que se ha descrito aquí, pero existe el espacio y el respeto para las técnicas terapéuticas establecidas.

Reflexiones finales

Debo admitir que me han asaltado ciertas dudas a la hora de escribir este artículo sobre el amor más que simplemente referir y explicar los aspectos de la psicoterapia postraumática constructivista y elaborarlos con ejemplos clínicos. Pero últimamente, estoy intentando plasmar en mis escritos lo que realmente *hago* con los clientes, más que expurgarlo para que pueda ser leído desde la misma distancia con que un cirujano leería sobre una forma alternativa de coser una arteria. El cirujano puede permitirse esta distancia; es sólo la muerte lo que está en juego.

En psicoterapia nos enfrentamos a seres humanos que sufren un gran dolor. No nos podemos permitir alejarnos de su humanidad y esperar que algunas “técnicas” les ayuden. No podemos permitirnos alejarnos de la necesidad de amar a nuestros clientes haciendo ver que estamos aplicando un enfoque teórico en su forma más purista. No nos lo podemos permitir, porque es la vida lo que está en juego.

En este artículo se sostiene que el ingrediente activo de toda psicoterapia, tanto si es reconocido por el terapeuta y el cliente como si no, es el amor. Pretende, igualmente, responder, al menos hasta cierto punto, a las siguientes preguntas: ¿A qué se refiere la palabra “amor” en este contexto? ¿Por qué es eficaz el amor en la mejora de los efectos negativos del trauma? ¿Por qué con frecuencia el amor de una persona no terapeuta (por ejemplo, un miembro de la familia, un amigo) no facilita la curación deseada en medida suficiente? ¿Cómo se relacionan estos conceptos con las “técnicas” usadas habitualmente en el tratamiento del estrés postraumático y del duelo complicado?

Palabras clave: amor terapéutico; duelo; estrés postraumático; consideración positiva incondicional; empatía

Traducción: Ariadna Villegas Torras

Referencias bibliográficas

- MATURANA, H. R. & VERELA, F. J. (1998). *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding*. Boston: Shambhala Publications.
- MCCOY, M. M. (1981). Positive and negative emotion: a personal construct theory interpretation. Bonarius, H., Holland, R. & Rosenberg, S., (Eds.) *Personal construct psychology: Recent advances in theory and practice*, pp. 95-104. London: MacMillan.
- MERLEAU-PONTY, M. (1964). The primary of perception. In J. M. Edie(Ed.), *The primacy of perception and other essays on phenomenological psychology, the philosophy of art, history and politics*. Evanston, IL: Northwestern University Press.
- NATHANSON, D. L. (1992). *Shame and pride: Affect, sex, and the birth of the self*. New York: W. W. Norton & Co.
- RASKIN, N. J. (1985). Client-centered therapy. In S. J. Lynn & J. P. Garske (Eds.), *Contemporary psychotherapies*. Columbus, OH: Charles B. Merrill.
- ROGERS, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- SEWELL, K. W. (1997). Posttraumatic stress: Towards a constructivist model of psychotherapy. In R.A. Neimeyer & G.J. Neimeyer (Eds.), *Advances in personal construct psychology: Volume IV*. (pp. 207-235), Greenwich, CT: JAL Press.
- SEWELL, K. W. (in press). A Personal Constructivist approach to posttraumatic stress. In F. Fransella (Ed.), *Handbook of Personal Construct Psychology*. London: Wiley.
- SEWELL, K. W. & Williams, A. M. (2001). Construing stress: A constructivist therapeutic approach to posttraumatic stress reactions. In R.A. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction and the experience of Loss*. Washington, DC: American Psychological Association.
- SEWELL, K. W. & Williams, A. M. (2002). Broken narratives: Trauma, metaconstructive gaps, and the audience of psychotherapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 15, 205-218.
- TOMPKINS, S. (1992) *Affect, imagery, consciousness, Vol. 4: Cognition: Duplication and transformation of information*. New York: Springer.

RUPTURA VINCULAR Y DUELO

Carles Pérez Testor, Josep Castillo Garayoa, Montserrat Davins

Fundació Vidal i Barraquer

Facultat de Psicologia Blanquerna, Universitat Ramon Llull

The divorce or the separation of a couple is a breakdown and from the psychoanalyst's perspective it can be considered as a process of grief. In this paper we are trying to explain how a process of a normal grief and a pathological one could be organized in a situation of conjugal rupture so as to describe the emotional impact that it causes to the couple and the children.

Key words: Grief, couple, divorce, object relations, children

1.- EL DIVORCIO COMO RUPTURA VINCULAR

Elena: *No hay nada que hacer. Tu no quieres cambiar, ya te va bien la vida que te has montado. Trabajas lo justo y te corres unas juergas increíbles...*

Juan: *...Y tan increíbles. Ya me dirás... No se de que juergas me hablas... ¿A que te refieres?*

Elena: *Ya sabes a que me refiero. ¿A qué hemos venido aquí? ¿De qué nos sirve hacer terapia? Sigues haciendo lo mismo que antes de venir.*

Juan: *No sabía que el único que debía cambiar era yo. No he notado ni mas simpatía, ni mas cariño, ni mas preocupación por mí...*

Elena: *Me preocupo de los niños. No necesito un tercer hijo.*

Juan y Elena son una pareja casada desde hace 20 años. El tiene 47 años y ella 42. Tienen dos hijos, un chico de 15 años y una niña de 8. Acudieron a tratamiento de pareja como “la última oportunidad para salvar el matrimonio”. El motivo de consulta son las supuestas infidelidades de Juan de las que Elena sospecha sin tener la certeza absoluta. El hecho de que Juan ni afirme ni desmienta provoca constantes disputas que crean una atmósfera familiar irrespirable. Tras las primeras sesiones Elena toma conciencia de la dificultad de generar cambios en la relación.

La separación y el divorcio como ruptura vincular producen en la pareja una sensación de fracaso. En un primer momento puede aparecer un sentimiento de liberación por la decisión tomada o por haber decidido solucionar un problema

insopportable o por haber dado un paso decisivo hacia un nuevo camino. Pero la duda, la sensación de haber fallado, la culpa, generan desazón y un profundo sentimiento de pérdida. Inés Alberdi (1999) afirma:

“La pérdida por fallecimiento del cónyuge es mucho más grave y definitiva que la que supone el divorcio y, sin embargo, al estar más regulada y mejor asumida socialmente, plantea problemas que parecen menos graves. Cuando muere el cónyuge la sociedad tiene una respuesta organizada, quedan claros los derechos y responsabilidades de cada cual y el apoyo de los parientes y amigos toma una forma prescrita y conocida. Sin embargo, no existen medidas estructurales para ayudar a los que se divorcian. No está muy claro cuáles son las responsabilidades y las obligaciones de cada uno de los cónyuges, ni las actitudes que deben tomar los de su entorno, sean amigos o familiares. A la vez, la estructura del hogar se desintegra en dos partes que no llegan a independizarse totalmente una de otra, manteniendo entre ambas obligaciones y lazos de familia que no están claramente delimitados”.

No sólo la pareja sino el propio entorno se siente desorientado ante una situación de ruptura. Nadie sabe qué hay que hacer ni qué es lo más conveniente. Aunque el divorcio cristaliza una situación que era ya conflictiva, supone oficializar la ruptura de la pareja y del núcleo familiar, lugar privilegiado de intercambio y de protección de la pareja y sus hijos (Meltzer y Harris, 1989; Pérez Testor, 1994). En el modelo ideal tradicional, la familia representa una matriz biológica, cultural y afectiva donde se dan los intercambios necesarios para el crecimiento de los miembros de la familia (Perez Testor, 1994).

En la medida que el divorcio conlleva la ruptura familiar y por lo tanto la supresión de los puntos de referencia y la desaparición momentánea de las líneas de desarrollo, constituye una experiencia de riesgo, aunque los miembros de la pareja y los hijos pueden reaccionar de forma normal o patológica en función de sus disposiciones estructurales propias, del ambiente familiar previo y de cómo se desarrolle el proceso de separación (Wallerstein y Blakeslee, 1995). El divorcio, en tanto que ruptura de equilibrio, conlleva sufrimiento para la pareja y para los hijos aunque no constituye una enfermedad por sí misma. Así, ningún trastorno ni cuadro clínico son específicos de la situación de divorcio y los síntomas que aparecen se elaboran a partir de la personalidad subyacente y su nivel de evolución (Wallerstein y Resnikoff, 1997).

2.- EL DIVORCIO COMO PROCESO DE DUELO

Podríamos afirmar que una ruptura de pareja es un acontecimiento vital que genera un proceso de duelo. En efecto, desde nuestro modelo de comprensión psicoanalítico, toda separación supone una pérdida. El ser humano reacciona ante cualquier pérdida que le afecte, organizando toda una gama compleja de sentimien-

tos, emociones, fantasías actitudes, conductas, que afectan a la persona en su totalidad y a las que denominamos procesos de duelo (Klein, 1934). El duelo y la pérdida ya fueron descritos por Freud en 1917 en “El duelo y la melancolía” pero quizás aparecen de forma mas desarrollada en los trabajos de Melanie Klein.

En la obra de Klein el “objeto interno” es el sedimento experiencial y representacional que produce en nosotros el conjunto de nuestras relaciones con el objeto externo (que es la figura o figuras de apego que han tenido cuidado de nosotros desde el nacimiento), es decir, nuestras ansiedades, sentimientos, ideas, recuerdos, con el que nos representamos el objeto externo. La “relación de objeto” es la interacción que el recién nacido ha mantenido con las personas que han tenido cuidado de él y han atendido sus necesidades vitales desde el momento del nacimiento.

Desde este paradigma Klein entiende el proceso de duelo como aquella serie de procesos psicológicos que empiezan con la “pérdida” y acaban con la “reintroyección” del “objeto interno” perdido. Es un proceso dinámico que cambia la situación del que ha perdido alguna cosa o ha sufrido una decepción o frustración. Quien ha sufrido la pérdida puede pasar por las fases descritas por Bowlby (1968 y 1969) en la separación: protesta, desesperanza y desafección.

En una ruptura de pareja son los dos miembros de la díada los que sufren el proceso de duelo, pero pocas veces los dos cónyuges se encuentran en situaciones parecidas. Normalmente uno vive la ruptura como un paso adelante y el otro como un paso atrás, pero para los dos es un proceso de pérdida que tendrán que elaborar. Será necesario entender qué elementos de protesta se mezclan con la nostalgia y la pena inicial y cómo éstas oscilan entre la melancolía, la desesperanza y el desafección. Además todo está interferido o favorecido por emociones tales como el odio, la rivalidad, los celos, la envidia, la necesidad y los deseos de controlar al “objeto” o a otros “objetos” sustitutos para no perderlos igualmente.

De esta manera se va formando una situación psicológica especial a la que denominamos duelo. En las situaciones de ruptura vincular el proceso de duelo empieza mucho antes de la separación. En efecto, cuando empieza a imponerse el sentimiento de que no habrá manera de recomponer la relación, empieza el proceso con la sensación de pérdida.

Elena: Me lo has dicho muchas veces y yo no quería verlo. Me oponía por el miedo al fracaso...

Juan: ... y al qué dirán tus padres, tu familia...

Elena: ...me importa muy poco el qué dirán.... Me duele el no haber sido capaces de entendernos, no haber podido darles a los niños una familia, hacerles daño...

Juan: Hay muchos niños con los padres separados y son felices.

Elena: Tú te libras de mi y de los niños. Tú vas a conseguir lo que hace tiempo querías. Para mi es distinto... Yo de aquí tres años me habré vuelto

invisible, una mujer a los 45 ya no interesa a nadie. Los hombres es distinto.. es injusto pero es así... Me aterra la soledad.

Juan: Yo no tengo la culpa de lo que nos ha pasado.

Elena: *Los dos somos responsables de nuestro fracaso.*

El duelo acaba con la reintroyección del objeto que se perdió en los momentos de tristeza, protesta y desesperanza. En los casos de divorcio la reintroyección de lo que se ha perdido y la resolución de la ambivalencia aparecen cuando los cónyuges han integrado la nueva situación sin necesidad de negar la realidad, aceptando el fracaso de su anterior relación de pareja.

El duelo adecuadamente contenido supone una “posición depresiva” elaborada. M. Klein (1952) relacionó la elaboración del duelo con la capacidad de elaboración de la primera y siguientes posiciones depresivas. Esta posición se consigue mediante la capacidad de contener ansiedades desestructurantes que no ayudan al crecimiento, como las ansiedades paranoides y confusionales. Elaborar un conflicto querrá decir contenerlo suficientemente en nuestro interior como para experimentar en nuestro mundo interno sus diferentes facetas y en especial darnos cuenta de que nos afecta profundamente y de que nosotros también hemos participado en el desarrollo del conflicto movidos por sentimientos de odio, envidia o celos. Esto genera sentimientos de culpa. Si la elaboración de las ansiedades depresivas es suficiente podremos convivir con nuestra culpa hasta que se generen en nosotros “fantasías y deseos reparatorios”, y así predominarán progresivamente las “culpas reparatorias” sobre las “culpas persecutorias” que están menos elaboradas, interiorizadas y simbolizadas. La elaboración de un conflicto incluirá una reviviscencia de las representaciones mentales de vinculación y un aumento de la capacidad de “*insight*”. Por el contrario, el “*acting out*” de las ansiedades provocadas por un conflicto impedirá la elaboración del mismo, ya que tendemos a atribuir a causas externas lo esencial del mismo e intentamos resolverlo en el mundo externo: la culpa es del otro.

La “posición depresiva” incluye una disminución de la escisión o disociación tanto del “self” como de los “objetos”. Durante esta posición introyectamos los aspectos beneficiosos y persecutorios del objeto y los integramos progresivamente, mientras aumenta la tendencia del “yo” a identificarse con los “objetos buenos introyectados”. Por tanto será necesario protegerlos de los ataques que en nuestra fantasía les dirigimos. Todo esto no se consigue si no disminuye la importancia de la “proyección” en la vida mental. El “mecanismo de proyección” funciona de manera que se tiende a colocar siempre fuera de nosotros todo aquello que es percibido como peligroso. De esta manera, al expulsar de nosotros el «objeto persecutorio» también sacaríamos de nuestro mundo de significados los aspectos beneficiosos del objeto.

La elaboración normal del duelo tiende a la reconstrucción del mundo interno, enriquecido por la nueva experiencia y por una confianza básica fortalecida.

Entonces uno puede recomponer los vínculos con el mundo externo, deteriorados parcialmente por la pérdida. El crecimiento de toda persona está ligado a su capacidad de gestionar de modo constructivo las pérdidas de su vida. La mala elaboración del duelo puede aparecer por la persistencia del odio hacia el objeto perdido con actitudes maníacas de triunfo sobre el mismo, situación que incrementa los sentimientos de culpa y que puede imposibilitar la buena marcha de todo el proceso. Si fracasa la elaboración del duelo ante la situación de divorcio los resultados pueden provocar una desorganización mas profunda.

Una falsa salida, como decíamos, puede ser la utilización de defensas maníacas. Los sentimientos de control, triunfo y menosprecio hacia el otro miembro de la pareja pueden provocar una reacción de negación de la pérdida y de la afectación que esta pérdida produce. Puede empezar entonces una auténtica huida hacia delante: todo lo que queda atrás se ha de olvidar y rechazar. En estas situaciones se establece una lucha desesperada por la integración rápida y forzada que puede comportar nuevos emparejamiento que se convierten de esta manera en una pseudo-integración. Se niega el dolor y no se reconocen los sentimientos de tristeza, melancolía o celos, provocando una tensión interna difícil de controlar.

Elena: *No te necesito para nada, ¿te enteras?, para nada.*

Juan: *Mira lo que me preocupa.*

Elena: *No te preocupa porque tienes a tu amiguita, esa que te llama por las noches al móvil y te consuela.*

Juan: *A mi no me llama nadie... pero consuelo sí que necesito, sí..., y mucho... porque a tu lado no se puede vivir... Cuando llego a casa el único que sale a recibirme es el perro. Es el único que se alegra de verme.*

Elena: *Y tus amigos y amigas también se alegran en las juergas que te corres... Pero mejor... yo también voy a divertirme a partir del divorcio... ya verás... Más de uno me tira los tejos.*

Otra forma de fracaso en la elaboración del duelo puede ser la utilización de defensas obsesivas, intentando una reparación repetitiva e insuficiente. La pérdida es vivida y reconocida pero con el sentimiento de que está profundamente ligada al daño que nosotros hemos provocado al objeto, dado nuestro odio y sadismo. El cónyuge que se separa está ambivalente debido al temor de que la ruptura no haya sido una buena decisión o de que haya sido motivada por el orgullo o desdén del momento. Puede sentirse entonces culpable por el mal que en su fantasía ha provocado en los objetos internos con sus ataques, críticas y desvalorizaciones. El proceso puede complicarse mas al revivir todos estos ataques dirigidos a su pareja.

Juan: *Dijiste que lo hablaríamos con los niños cuando volvieran de colonias.*

Elena: *Dije en septiembre. Dejemos que tengan un verano feliz.*

Juan: *¿Feliz? ¡Ellos están perfectamente! Somos nosotros los que no vamos ni hacia adelante ni hacia atrás.*

Elena: Ya me has hecho suficiente daño a mi, no permitiré que les hagas más daño a los niños. Les dejaremos terminar el verano en paz.

Juan: Resulta que yo he sido quien ha hecho daño a toda la familia.

Elena: No voy a permitir que empeores la situación.

S. Freud y M. Klein insistieron en que el duelo por la pérdida externa (en el caso del divorcio sería la ruptura del vínculo y la disolución del hogar), si es elaborado adecuadamente, lleva a la reconstrucción del mundo interno enriquecido por una nueva experiencia. El duelo por lo que se ha perdido supone un dolor por la pérdida, una percepción de los sentimientos que nos unían a lo que se pierde y una sensación de que la vida continúa a pesar de todo. El divorcio o la separación, como proceso de duelo, son un factor de riesgo que debe ser tenido en cuenta.

3.- FASES DEL DIVORCIO

El proceso de separación de una pareja suele ser largo y puede pasar por diversas fases, cada una de las cuales puede tener consecuencias sociales y psicológicas específicas sobre los miembros de la pareja y sobre el grupo familiar. En una publicación anterior (Pérez Testor, Castillo, Palacín, 2002) hemos descrito las fases del proceso de separación basándonos en las fases de ajuste específicos (Ripol-Millet, 1994).

Fase 1: La decisión de divorciarse.

Implica el proceso de reconocer la incapacidad para resolver el conflicto de pareja y la aceptación de parte de la responsabilidad de lo que está ocurriendo. No es infrecuente que esta fase comporte inseguridad, sentimientos de culpa, aislamiento, insuficiente atención a otros temas familiares y, eventualmente, depresión y ansiedad. Esta primera fase a menudo incorporará los sentimientos de culpa de los dos implicados en la ruptura matrimonial por no poder ofrecer a sus hijos un hogar intacto. Más adelante, en algunos casos, podrán aparecer sentimientos de hostilidad hacia sus hijos, los cuales serán vividos como un obstáculo para restablecer nuevas relaciones de pareja.

Fase 2: Planteamiento de la ruptura del sistema familiar.

Implica básicamente llegar a acuerdos sobre la custodia de los hijos y el reparto patrimonial. En este momento aparecerán, probablemente, sentimientos más agresivos, de descalificación, de rabia, comportamientos de *acting out*, etc.

Fase 3: Separación.

Supone, en primer lugar, la elaboración del duelo por la pérdida de la relación de pareja y de la unidad familiar. Conlleva también la reestructuración de la relación previa a la ruptura y la aceptación del hecho que hay que iniciar una nueva forma de ejercer la responsabilidad sobre los hijos. La adaptación a la nueva forma de vida implica hacer un cambio importante: hay que readaptar la economía, el trabajo y el tiempo libre a las nuevas responsabilidades. Habrá que llegar a establecer un nuevo equilibrio entre las necesidades propias y las necesidades de los hijos. En otras

palabras, habrá que hacer un nuevo proyecto de vida.

Fase 4: Desvinculación.

Implica la aceptación de la realidad de la separación, y la superación, por parte de un miembro de la pareja o de los dos, de la fantasía de reunificación. Forman parte de esta fase los procesos para restablecer la autoestima, la capacidad para afrontar con ecuanimidad el juicio de terceros, el inicio de nuevas relaciones sociales y eventualmente la vinculación con una nueva pareja.

4.- IMPACTO DEL DIVORCIO EN LA FAMILIA

La adaptación por parte de la pareja separada a la nueva situación no será ni fácil ni rápida. Según Robert Weiss (1979) será necesario que pase un periodo de entre dos y cuatro años para que las personas directamente implicadas en una ruptura puedan llegar a una resolución constructiva de los problemas generados por la separación. Algunos de los efectos psicológicos de la ruptura podrán permanecer mucho más tiempo. Por ejemplo, el *sleeper effect*, que podríamos traducirlo como “efecto latente”, descrito por Wallerstein (1992) parece manifestarse a los 15 años del divorcio y se observa en un 60% de las mujeres que han vivido una ruptura matrimonial. El *sleeper effect* se manifiesta en forma de temor al rechazo por parte de la pareja cuando se intenta formar una nueva relación estable.

Pero lo cierto es que se ha prestado muy poca atención a los efectos del divorcio en los miembros de la pareja, y que la atención principal se ha centrado en los posibles efectos sobre los hijos. En la literatura especializada se diferencian dos épocas en las investigaciones sobre este tema. Una primera abarca hasta los años 70, con su momento más álgido en las décadas de los años 50 y 60. En ella los estudios se centran en la comparación de la adaptación psicológica de los hijos de familias con un solo progenitor (no diferencian si es a causa del divorcio o por fallecimiento) y familias “intactas”. En general, los resultados no mostraron diferencias entre ambos grupos.

Por problemas metodológicos (entre otras dificultades los grupos a comparar no eran homogéneos) a partir de los años 80 las investigaciones se centran en el estudio de la estructura familiar y en el proceso por el cual las parejas se separan. Hay una suposición implícita entre los autores y es que no siempre se da una reacción psicopatológica a la separación, sino que se produce un proceso de adaptación del/ a niño/a a la nueva situación. Desde este planteamiento, se estudian las variables que intervienen en la ruptura de la pareja y las repercusiones de dicha ruptura en las vivencias personales de los hijos y en aspectos más específicos, como el rendimiento académico. Las diferencias en función del género de los hijos y de su edad, también reciben una atención especial. A pesar de la abundancia de estudios en esta línea, la gran diversidad existente entre las muestras utilizadas por las diferentes investigaciones produce una inevitable dispersión de los resultados. Con todo, hay puntos de acuerdo relevantes y que pueden resumirse del siguiente modo:

- 1 El divorcio en tanto que ruptura de equilibrio comporta sufrimiento para los hijos (Soler y cols, 1996; Surís, Parera y Puig, 1998; Wallerstein y Resnikoff, 1997).
- 2 Ningún trastorno ni cuadro clínico específico es consecuencia de la situación de divorcio y los síntomas que aparecen se elaboran a partir de la personalidad subyacente y del nivel de evolución de los hijos (Jarne y cols., 1997; Wallerstein, 1990).
- 3 Los niños y niñas que viven un divorcio se encuentran con problemas adicionales a los propios de su momento evolutivo.
- 4 La transición que sigue a la separación o divorcio es altamente estresante para la mayoría de los hijos

Shaw (1991) sistematiza las variables que juegan un papel importante en el proceso de adaptación, tales como el conflicto interparental, el factor tiempo, la edad del/la niño/a en el momento del divorcio, el tipo de relación con el progenitor con el que vive, las nuevas parejas y relaciones de los padres, los aspectos económicos, el sexo del hijo, etc.

En el meta-análisis de Amato y Keith (1991), se concluye que los hijos expuestos al divorcio de los padres tienden a presentar más problemas de comportamiento, psicológicos y cognitivos. Los porcentajes de riesgo de sufrir problemas psicopatológicos o de inadaptación social a raíz del divorcio serían –muestras británicas- del 29% para los hijos varones y del 21% para las hijas. En Estados Unidos, Wallerstein y Kelly (1980) hallaron que el 35% de los hijos de padres divorciados padecían algún tipo de psicopatología o sufrían problemas sociales. Los datos indican que la separación o divorcio de los padres tiene un considerable impacto sobre la vida de los hijos, que se expresa no solamente en una mayor incidencia de trastornos psicopatológicos y en un incremento de la desadaptación social, sino también en una disminución de logros académicos (Caplan, 1993; Soler y cols., 1996). Por el contrario, constituye un factor protector el mantenimiento de las funciones parentales a pesar de la ruptura conyugal (Perez Testor, 2002).

5.- CONCLUSIONES

En este trabajo hemos querido poner de manifiesto cómo desde la práctica clínica podemos observar la ruptura de los vínculos en la relación de pareja como un proceso de duelo. A pesar de la intensidad del dolor que puede sufrir uno o los dos miembros de la pareja que se rompe, si puede elaborarse el duelo de forma adecuada, el dolor puede superarse y fortalecer la capacidad relacional de los miembros de la pareja rota.

El proceso de duelo puede aparecer también en los hijos. Si la pareja puede mantener sus funciones parentales a pesar de la ruptura conyugal, protegerá el proceso ayudando a sus hijos a elaborar la separación de los padres evitando complicaciones psicopatológicas.

El divorcio o la separación de una pareja es una ruptura vincular y desde la perspectiva psicoanalítica puede considerarse como un proceso de duelo. En este artículo pretendemos explicar cómo puede organizarse un proceso de duelo normal y otro patológico en una situación de ruptura conyugal así como describir el impacto emocional que puede producirse en la pareja y en los hijos.

Palabras clave: divorcio, relaciones objetales, duelo, pareja, hijos.

Referencias bibliográficas

- ALBERDI, I. (1999) *La nueva familia española*. Madrid: Taurus.
- AMATO, P.; KEITH, B. (1991). Parental divorce and the well-being of children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 1991 Jul; 110 (1): 26-46
- BOWLBY (1968). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- BOWLBY (1969). *La separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- CAPLAN, G. (1993). Prevención de los trastornos psicológicos en los hijos de padres divorciados. En: G. Caplan, *Aspectos preventivos en salud mental*. Barcelona: Paidós.
- FREUD, S. (1917). *Duelo y melancolía*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.
- JARNE Y COLS. (1997) A Descriptive Preliminary Study of the Long Term Effects of Divorce on the Psychological Adjustment Process of Children. en S. Redondo & V. Garrido y cols (Eds.), *Advances in Psychology and law. International Contributions*. Walter de Gruyter: New York.
- KLEIN, M. (1934). Una contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos. En M. Klein. *Contribuciones al Psicoanálisis*. Obras completas. Tomo II. Buenos Aires: Paidós, 1975.
- KLEIN, M. (1952). Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé. En M. Klein. *Envidia y Gratitud y otros trabajos*. Obras Completas. Tomo III Barcelona, Paidós: 1988.
- MELTZER, D.; HARRIS, M. (1989) *El paper educatiu de la família*. Barcelona: Espaxs.
- PÉREZ TESTOR, C. (1994) La família com a marc del desenvolupament humà. *FORUM, Revista d'informació i investigació social*. 0: 33-39.
- PÉREZ TESTOR, C.; CASTILLO, J.A.; PALACÍN, C. (2002) El divorcio. En: C. Pérez Testor (comp.) *La Familia: nuevas aportaciones*. Barcelona: Edebé.
- PÉREZ TESTOR, C. (2002). La familia: Agent de mediació de l'aprenentatge. En RIART, J (comp.) *La mediació en l'aprenentatge*. Barcelona: Edebé, 2002
- RIPOL-MILLET, A., (1994). *Separació i Divorci: La Mediació Familiar*. Generalitat de Catalunya.
- SHAW, D. (1991) The Effects of divorce on children's adjustment. *Behavior Modification*, 15(4), 456-485.
- SOLER, M. (1996) Aspectos psicopatológicos del divorcio. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 4, 253-262.
- SURÍS, JC; PARERA, N; PUIG, C. (1998). Estudi psicosocial dels fills de pares separats. *Pediatría Catalana*, 58, 4-8.
- WALLERSTEIN, J.; KELLY, JB (1980) Effects of divorce on the visiting father-child relationship. *American Journal of Psychiatry*, 137 (12): 1534-1539.
- WALLERSTEIN, J. (1990). The long-term effects of divorce on children: A Review. *Journal of American Academy Children Adolescent Psychiatry*, 30 (3), 349-360.
- WALLERSTEIN, J. (1992) Separation, divorce and remarriage. En M. D, Levine, W.B. Carey, & A.C. Crocker (Eds), *Developmental-Behavioral Pediatrics* (2on ed.). Philadelphia: Saunders, 1992.
- WALLERSTEIN, J.; BLAKESLEE, S. (1995) *The Good Marriage: How and Why Love Lasts*. New York: Houghton Mifflin.
- WALLERSTEIN, J.; RESNIKOFF, G. (1997) Parental Divorce and Developmental Progression: An Inquiry into their relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 135-154.
- WEISS, R. (1979) *Going it alone*. New York: Basic Books.

COMENTARIOS DE LIBROS

APEGO ADULTO

Judith Feeney y Patricia Noller

Editorial Desclée de Brouwer, Biblioteca de psicología, 2001.

Las autoras del libro *Apego Adulto* son Judith Feeney y Patricia Noller, ambas psicólogas e investigadoras en el área de relaciones interpersonales y familiares en la Universidad de Queensland (Australia). Las autoras cuentan con una vasta experiencia en investigación empírica sobre las relaciones de apego adulto, basándose en un exhaustivo conocimiento del trabajo fundacional de apego de Bowlby, del sistema de medida de apego infantil de Ainsworth, de la propuesta de cuatro modelos de apego adulto de Bartholomew y de las pioneras investigaciones de Hazan y Shaver sobre la atracción interpersonal y el amor de pareja a la luz del proceso de apego adulto.

Es un libro estructurado en siete capítulos, presentando información seleccionada, graduada y cuidadosamente planificada sobre las investigaciones sobre apego adulto. Tiene entre sus meritos estar escrito con claridad, orden, coherencia y rigor científico. A lo largo de sus páginas se hace especial hincapié en la incorporación y aportaciones de datos de diversas corrientes de investigación empírica en apego adulto, alcanzando una bien lograda integración empírica y conceptual de los resultados obtenidos, destacando los aciertos de las diferentes medidas de apego, problemas metodológicos y conceptuales, además de posibles aplicaciones y direcciones futuras en investigación.

Finalmente, presenta la particularidad de ser un texto a la vez introductorio y especializado sobre un tema poco conocido en los ambientes académicos de habla hispana, por ello se trata de un libro de gran interés académico y científico interdisciplinario, que posiblemente será de gran ayuda a estudiantes, investigadores, psicoterapeutas y profesionales en el área de salud mental.

Álvaro Quiñones Bergeret.

NUEVAS IMPLICACIONES CLINICAS DE LA TEORÍA DEL APEGO

Introducción y compilación a cargo de María Teresa Miró.

Patricia McKinsey Crittenden.

Valencia: Promolibro, 2002.

La doctora Crittenden es una experta, mundialmente reconocida, en los campos del maltrato infantil, la teoría del apego y la psicopatología evolutiva. Realizó su tesis doctoral bajo la dirección de Mary D.S. Ainsworth y ha desarrollado instrumentos de evaluación clínica de los trastornos de apego, como el CARE-Index o el PAA, que son ampliamente utilizados en diversos países. También ha desarrollado un modelo dimensional de los patrones de apego que resulta útil para entender las sendas evolutivas que conducen al trastorno psicológico.

En esta monografía, se recogen trabajos que ilustran el modelo *dinámico-madurativo* de los patrones de apego. Este modelo, por un lado, ha extendido las subcategorías de los patrones de apego, para incorporar estrategias observadas en niños maltratados; y, por otro lado, ha planteado una conceptualización dimensional de los patrones de apego. Desde esta perspectiva, el funcionamiento psicológico de los patrones ABC se caracteriza a partir de la fuente de información (dimensión horizontal, es decir, en qué medida el sistema del niño utiliza información cognitiva versus afectiva para organizar la conducta) y a partir del grado de integración de la información (dimensión vertical, es decir, en qué medida el sistema integra ambas fuentes de información en una representación coherente y armónica de la realidad). Las dimensiones se consideran continuos y su cruce proporciona un espacio virtual en el que se pueden situar los distintas subcategorías de apego. Puesto de este modo, el patrón de apego queda definido como un rango de funcionamiento estratégico, delimitado por el uso y el grado de integración de la información cognitiva versus afectiva en la construcción de la realidad.

En concreto, en esta monografía se recopilan trabajos recientes sobre “Apego y Psicopatología”, los efectos evolutivos del abuso físico, el abuso de sustancias y la violencia en las relaciones, el trauma psicológico y el problema de la continuidad y el cambio del patrón de apego. Aunque todos los capítulos mantienen una misma perspectiva, enraizada en la psicología evolutiva, la argumentación que presentan resulta relevante también para los psicólogos clínicos y, sobretudo, para los psicoterapeutas; porque ilumina los mecanismos a través de los cuales la relación de apego contribuye a configurar tanto el mundo interpersonal (externo), como el mundo mental (interno) del niño. Y esta cuestión se encuentra en el punto de mira tanto de los psicoterapeutas cognitivos como sistémicos actuales.

En su conjunto, este libro sirve para poner de manifiesto que, durante los más de cincuenta años que han transcurrido desde su formulación, la teoría del apego se ha establecido como un campo bien fundamentado empírica y teóricamente. Cabe pensar que tanto Bowlby como Ainsworth estarían orgullosos de que la tradición que ellos iniciaron se haya enriquecido con nuevos hallazgos y nuevas técnicas de evaluación, así como de que se haya actualizado con las nuevas aportaciones de las neurociencias cognitivas y la neurobiología de las relaciones interpersonales.

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán por medios o soporte electrónicos, escritos con un procesador de textos MS-Word, Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no sangrar los textos, ni utilizar para nada el subrayado. En el texto sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos irán en hoja aparte con las indicaciones muy claras sobre su lugar de inclusión. Si se envía material fotográfico éste deberá ir acompañado de un pie indicativo de las personas o espacios que se reproducen.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado.

3. Se adjuntará un abstract de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve currículum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de **Referencias bibliográficas** correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en el listado y viceversa. En el **texto** se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda. En las **Referencias bibliográficas** los nombres de los autores que encabezan la entrada se escribirán en mayúsculas y los títulos de libros o nombres de Revistas se escribirán en cursiva.

6. Deberán evitarse absolutamente las notas de pie de página.

7. El Comité Editorial revisa todos los artículos que se envían para su publicación y se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien aquellos cuya originalidad o calidad no se considere suficiente; o también cuando no puedan relacionarse con los textos monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará al autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar 1 ejemplar y diez separatas del número donde haya salido publicado su artículo. En el caso de que el autor precisara una cantidad mayor de ejemplares, el costo de los mismos corre de su cargo.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Numancia, 52, 2º 2ª

08029 BARCELONA

Fax.: 933 217 532

e-mail: mvillegas@psi.ub.es

Gestión y Administración:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

GRAO (IRIF, S.L.)

c./ Francesc Tàrrrega, 32-34

08027 BARCELONA

Tel.: 934 080 464

Fax: 933 524 337

e-mail: revista@grao.com