

TÍTULO: “LA AFLICCIÓN Y LA FAMILIA:
LO QUE LA PERSPECTIVA
FAMILIAR SISTÉMICA APORTA EN
EL PROCESO DE LA AFLICCIÓN DEL DUELO
POR DEFUNCIÓN DE UN MIEMBRO
FAMILIAR, CON RESPECTO A LA
PERSPECTIVA INDIVIDUAL.”

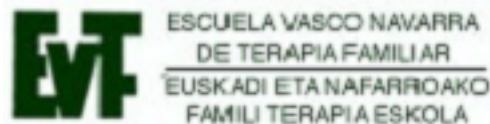
AUTOR: ANDONI CIRIACO ROMERO

TUTORA: ANXELA CRISTINA DELGADO GARCÍA

TRABAJO DE 3º

MASTER EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA.

JUNIO 2014.



INDICE	PAGS
1. introducción.....	3 - 4
2. Desarrollo teórico	4 - 39
2.1. Desde el enfoque individual	5 - 19
2.2. Desde el enfoque familiar	20 - 39
3. Discusión	39 - 48
4. Conclusiones	48 - 49
5. Caso práctico	50 - 69
6. Referencias bibliográficas:	70 - 73
6.1. Aflicción tratada según modelo individual. .	70
6.2. Aflicción tratada según modelo familiar.....	71 - 72
6.3. Bibliografía complementaria.....	72 - 73

1. Introducción

En el contexto de todas las sociedades, el seno del ciclo vital familiar puede verse afectado por aflicciones o crisis no esperadas o también por las previsiblemente esperadas. Algunos ejemplos de las crisis no esperadas en un ciclo familiar son los divorcios, las familias reconstituidas, la pareja homosexual, parejas sin hijos o las familias adoptivas. (Relvas, 2013)

Estas últimas, las previsiblemente esperadas, como apunta Relvas (2013) “Son movimientos de la familia que posibilitan el equilibrio dinámico en el eje diacrónico entre movimientos de evolución y conservación, y en el eje sincrónico entre movimientos de diferenciación y coordinación”.

Las crisis esperadas se producen según va desenvolviéndose el ciclo vital individual y familiar como son, la crisis que provoca el proceso de individuación de la familia de origen, la crisis del acoplamiento de los dos miembros de la nueva pareja, la crisis provocada por la construcción del nuevo nido de la pareja creando la nueva familia, la crisis por el nacimiento del primer o primera hija, las crisis de la infancia, las de la adolescencia, la de la emancipación del primer hijo o hija, la crisis del nido vacío, la crisis de la pérdida de la salud de la pareja y por último la crisis provocada por la aflicción por la pérdida del ser querido. (Relvas, 2013)

Centrándonos en esta última crisis esperada del ciclo vital familiar, la pérdida de un ser querido y su duelo, aunque el motivo de la muerte haya sido no esperado ocurrida por accidente o por edad temprana, hay una variedad y diferencias en el abordaje terapéutico a tal situación, coexistiendo los enfoques del abordaje de esta crisis por medio de un abordaje más de corte individual exclusivamente con el o la paciente, junto con otros enfoques de terapias familiares no solo con el paciente identificado que ostenta el síntoma, sino también con el resto de los miembros de la familia.

Presento esta propuesta de trabajo con la que se pretende recorrer por ambos enfoques, para analizar esas áreas de intervención, técnicas, etc,... y contribuir a la corriente sistémica con esta humilde aportación.

Se trata de realizar una comparación entre una determinada visión del tratamiento de la aflicción en la familia, desde la perspectiva de la terapia individual y los beneficios para el paciente, comparándola con la terapia desde la perspectiva familiar, viendo otros beneficios en cuanto a la mejora del bienestar no sólo con el paciente identificado sino con el resto de los miembros convivientes en la familia.

En realidad es realizar una labor continuista de lo que planteaban Espina, Gago y Pérez en las conclusiones de su estudio de un duelo complicado, en el que planteaban que se puede ver cómo el duelo incompleto, tiene repercusiones en cada uno de los miembros de la familia obligándoles a adoptar roles estereotipados y a bloquear sus emociones y en el sistema al reorganizarse de una manera disfuncional. En estos dos niveles pueden originarse patologías manifiestas o perturbar el normal desarrollo de los miembros de la familia y por ello hay que evaluarlos en la fase diagnóstica. (Espina, Gago y Pérez, 1993).

2. Desarrollo Teórico.

Todo trabajo se apoya en el acervo y el conocimiento teórico anterior, por ello se expone aquí una revisión teórica y de citas bibliográficas de varios autores y autoras de los dos distintos enfoques de la aflicción: el individual y el familiar, que apoyan lo que se va a estudiar o se pretende validar.

Primeramente me acercaré a la vivencia y abordaje del duelo según el enfoque individual mostrando lo que plantean autores y autoras como M. D. Avia, C. Vázquez, la Asociación Crisálida de apoyo al duelo, J.C. Bermejo, J. Bowlby, I. Cabodevilla, V. Landa, J. A. García-García, A. Pangrazzi, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, J.J. Tizón y M.G. Sforza.

Posteriormente me acercaré a la vivencia y abordaje del duelo según el enfoque familiar mostrando lo que plantean autores y autoras como M. Bowen, M. Ceberio, J. I Del Pino, J. Pérez, F. Ortega, A. Espina, J Gago, M^a Mar Pérez, S. Goldberg, E. Goldbeter-Merinfeld, D. Liberman, R. Pereira, M. Vannotti, R. Ramos y J W R. Worden.

2.1. Desde el enfoque individual:

2.1.1. Avia y Vázquez en *Optimismo inteligente: Psicología de las emociones positivas*, han investigado y concluyen que en cuanto a la resistencia humana ante los traumas, ante sucesos extremos, no sólo el del duelo, un alto porcentaje de las personas tienen gran resistencia y salen o psicológicamente indemnes de ellos, sin reacción traumática patológica, o con daños mínimos. Todo depende de la personalidad, la historia familiar, las experiencias pasadas, los rasgos biológicos, el apoyo recibido y el estilo de afrontamiento. (Avia y Vázquez, 2004).

Estos autores desmontan con investigaciones 5 mitos acerca del duelo. Demuestran que “La depresión grave no es una característica universal relacionada con el duelo sino la respuesta psicopatológica de una minoría, muchos emplean mecanismos de lucha eficaces” (Avia y Vázquez, 2004, p.200). Por otro lado, plantea que “Padecer síntomas depresivos ante una pérdida irremplazable, no es un factor beneficioso para el proceso de duelo y mostrar signos elevados de depresión inicial no auguran nada bueno”. (Avia y Vázquez, 2004, p. 202). Además plantean que terapéuticamente, el hablar y expresar sentimientos con el objeto de elaborar la pérdida sólo redundan positivamente para aquellas personas que tienen esa necesidad individual inicialmente, la de expresar, por tanto no es extensivo a que se tiene que proponer para todos. (Avia y Vázquez, 2004). También dicen que los estereotipos sociales acerca del tiempo “Normal” y actitudes “Normales” para el proceso de duelo pueden ser dañinos ya que ante las pérdidas mostramos mayor *diversidad* de emociones y reacciones de lo que la psicología ha venido diciendo. (Avia y Vázquez, 2004). Finalmente demuestran que el tiempo no todo lo cura, no todo proceso de duelo finaliza con la “Aceptación”, y además, el mantenimiento de ligaduras afectivas y mentales con el fallecido es más común de lo que se cree y no conlleva muestras de patología mental. En definitiva, las personas son extraordinariamente resistentes a las adversidades y tenemos comportamientos más variados y complejos de lo que se ha venido creyendo. (Avia y Vázquez, 2004).

2.1.2. Por otro lado, parafraseo lo que la Asociación Crisálida de apoyo al duelo manifiesta que es que no hay un tiempo ni una única forma de duelo y que su intensidad y duración dependen de varios factores: El tipo de muerte (esperada o inesperada, apacible o violenta, natural o accidental), la relación emocional con la persona fallecida (a mayor conflictividad, más complicado), la edad del fallecido y de los sobrevivientes (más difícil es la muerte de niños-as, adolescentes o jóvenes), el tipo de vínculo con el fallecido y el significado que tenía en la vida de los supervivientes (no son los años, es el tipo de relación la que es importante y tiene significado al superviviente), cómo se han enfrentado pérdidas anteriores (a veces una pérdida recuerda otras anteriores que están insuficientemente elaboradas) y las relaciones familiares y el apoyo social adecuado con el que se cuenta para hacer todo el proceso. (La Asociación Crisálida de apoyo al duelo, 2013).

2.1.3. Según un esquema en formato de tabla propuesto por otro autor, Bermejo, en *La muerte enseña a vivir. Vivir sanamente el duelo*, para la primera fase de la elaboración del duelo, la del fallecimiento del ser querido, las acciones terapéuticas que propone para su tratamiento son: Información adecuada a la familia, desmitificación de la medicina y no “Alianza crítica”. Para la segunda fase, la de la idealización de la persona fallecida, propone “Catarsis médica” y análisis de la muerte y funeral. Para la tercera y última fase, la de la valoración real de la “Muerte familia”, propone la “Serie fotográfica”, la clarificación y confrontación. (Bermejo, 2003)

Algunas claves para que quien está próximo a estar en duelo por la futura pérdida de un ser querido, no sienta solo vacío y pérdida sino que sea un hito en su biografía:

- ❖ Hacer un trabajo preventivo, haciendo duelos anticipatorios aprovechando fallecimientos que le tocan, haciendo de ello una oportunidad de valoración de sus propias relaciones actuales y de los valores relacionados con el hecho de “Perder”.

- ❖ Compartir los sentimientos de este duelo anticipado para sentirse entendido y aliviado.

- ❖ Que al superviviente se le apoye en el proceso de reorientar la vida y hacer la paz con el pasado propio, que está detrás del sentimiento de culpa que aparece por motivos varios como: el estar vivo, o no haber dicho o estado lo suficiente, o al ir imponiéndose la realidad de empezar a vivir con la ausencia del fallecido.

- ❖ Reconocer que existe un lenguaje pobre de exhortación ante el consolar, en los primeros momentos del duelo.

- ❖ Un dialogo auténtico y verdadero alternando silencio y escucha con el futuro fallecido y futuro doliente, le genera un buen duelo anticipatorio al primero al dejarse amar y querer, y al segundo, le genera serenidad y paz, ayudándole a elaborar sanamente la pérdida del otro y ayudándole a concebir mejor la suya propia.

- ❖ Iniciar el proceso de pérdida antes de que tenga lugar, animando a que ambos aprendan a despedirse verbalizando sentimientos que drenan y hagan conscientemente este último acto juntos. (Bermejo, 2003).

Algunas pistas para humanizar el acompañamiento en el duelo: una es animando y permitiendo e invitando en silencio, a que el sufriente sienta comprometido emocionalmente al acompañante y así él pueda llorar, liberarse, relajarse, desahogarse, repararse y ablandarse. Otra es el contacto corporal (el abrazo auténtico, el apretarse las manos, la caricia), significando solidaridad, generosidad y libertad, rompiendo el aislamiento del corazón al sentirnos cercanos. También escuchando activamente e invitando a narrar lo sucedido, sana, desbloquea el sentimiento de “no pertenencia” aflorando los sentimientos de culpa y soledad por muy desmesurados que sean, para convertirlos en aliados para trabajar y son ayudadores en lo posible. Otra es dando espacio a la narración del recuerdo pasado del difunto

utilizando hechos, imágenes y fotografías, que ayudan a recolocarlos en un lugar sano del presente renunciando a su presencia física y no renunciando a darle un lugar adecuado en el corazón y en la propia historia para así poder seguir viviendo, pudiendo sentirse no desleal si invierte energía en el reestablecimiento de nuevas relaciones afectivas. Bermejo cita una frase célebre de Pangrazzi que dice “No se puede vivir sin sufrir, sufrir sin esperar ni esperar sin abrirse.” (Bermejo, 2003, p.196). Otra pista es estando presentes y potenciando los ritos y ceremonias comunitarios públicos de despedida bien preparados, donde se reciben condolencias y en esos momentos el mostrar afecto sincero dolor y solidaridad les ayuda a sentirse confortados y a adaptarse a la pérdida (Bermejo, 2003).

2.1.4. Por otro lado, otra idea del mismo autor es que ante la pérdida, hay reacciones en varios ámbitos, tanto en el ámbito emocional, donde hay un gran abanico de sentimientos considerados normales si se mantienen dentro de unos márgenes y que es bueno que afloren, como la rabia, la culpa, la tristeza y soledad, como en el ámbito mental, como la concentración, bajo rendimiento, soñar o sentir que se escucha al difunto, miedos e idealizaciones, como en el espiritual, como sentirlo como un ángel protector, y sentir la muerte como lección para vivir más conscientemente la propia vida y propia muerte (Bermejo, 2005).

Existe el duelo anticipatorio, o el duelo retardado, o el duelo crónico, o el duelo patológico o complicado, identificándose o suplantando roles del fallecido o consumiendo o con conductas desadaptativas, o el duelo ambiguo o ambivalente. (Bermejo, 2005). Los grupos de autoayuda son recomendados para los duelos anticipatorios en el que uno se va preparando para la muerte del familiar, y también para los patológicos, cuando los síntomas físicos y emocionales iniciales no aminoran con el paso del tiempo (Bermejo, 2005).

La no asunción de una muerte, el retraso o congelación del duelo o la no normalización de la vida puede suceder en determinadas circunstancias, a saber:

Cuando no se afronta la separación y la vinculación; que sería el aprender a vivir sin el ser querido (aceptando, trabajando sentimientos llegando a expresarlos, adaptándose sin el ausente recolocándole emocionalmente de manera sana y siguiendo viviendo aprendiendo habilidades nuevas, roles nuevos, creando relaciones nuevas). O cuando no se toman decisiones y se actúa con apoyos al respecto de sus pertenencias y de los lugares dentro la casa, para disminuir alucinaciones de verlo o de no tomar decisiones extremas de ir siempre o nunca a lugares significativos para el difunto. O cuando no se acude nunca al lugar donde se despidieron del fallecido, incluyendo a los niños para que lo vivan más sanamente, sea yendo a la tumba en el cementerio con flores para llorar, desahogarse o a otro lugar especial. (Bermejo, 2005). Por tanto, “El duelo o nos humaniza o nos enferma. Quien con ocasión del duelo no aprende la lección, se vuelve más apático. El que aprende de él se humaniza” (Bermejo, 2005, p.112).

El decir la verdad, con respuestas simples y directas, el acudir al funeral, el mostrar fotos o el narrar recuerdos del difunto, parecen ser buenas herramientas para que los niños y niñas den espacio a la memoria y que la persona ausente siga presente de otra manera en la familia. Además, escribir es bueno si su duelo es complicado.

2.1.5 Siguiendo con el mismo autor, un capítulo especial es la muerte de un hijo. Ello puede provocar o revelar problemas en la pareja, no saber bien como mutuamente acompañarse en el duelo, a lo que no es conveniente tomar decisiones drásticas. (Bermejo, 2011). Por otro lado, el suicidio despierta sentimientos de culpa, fracaso, confusión, de traición por la dedicación, de rabia y falsos mitos. Además, la orfandad despierta desorientación por paralización del modelo a seguir. El secuestro provoca paralización y el asesinato sin cadáver provoca en el superviviente un duelo patológico. El aborto provoca vivir en soledad la experiencia de culpa y fracaso. (Bermejo, 2011).

En el Centro asistencial de escucha “San Camilo”, la manera que los y las acompañantes tienen de liberar a la persona superviviente de sus miedos irracionales a su inseguro futuro, es acompañarle a que los afronte para redescubrir sus potencialidades, para seguir viviendo usando herramientas conductuales combatiendo lo que más se manifieste. Para ello utilizan este método que se refleja en esta tabla en la que describe lo que a su juicio, contra cada sentimiento que se encuentran, qué herramienta conductual utilizar. A continuación se expone dicha tabla: (Tabla N° 1)

Contra el Sentimiento	Herramientas conductuales a utilizar:
Miedo.	Mirar la vida con gafas nuevas, con cristales de esperanza.
Incredulidad y bloqueo.	Guía del laberinto de los espejos para encontrar la salida.
Rabia.	Estrategias para regular el “magma emocional” o “Detección de errores sismográficos de la rabia”.
Angustia.	Cuando alguien se viste con el mantón de la angustia debe...”.
Tristeza.	Edafología del campo de la tristeza y Técnicas para quitarse el monóculo de la tristeza
Aparente insensibilidad emocional.	Guía de la ecología emocional del desierto emocional y hoja de ruta alternativa.
Soledad.	Relación de diferentes estaciones de diferentes soledades del tren, para realizar un recorrido correcto por un itinerario alternativo que llega a una soledad fecunda.
Sensación de asfixia.	Aerosol del alivio: Indicaciones de uso.
Sentimiento de culpa.	Metamorfosis de la culpa.
No poder o querer perdonar.	Siguiendo los 12 pasos del perdón de Monbourquette y Garnier (1995), El extintor del rencor y del resentimiento.
Gratitud hacia los acompañantes de procesos de duelo.	“Autenticidad del globo sonda de la gratitud”.

Paralización de toma de decisiones.	Guía para ejercitarse en la toma de decisiones”; contra las pulgas internas o fallos internos tipo pensamiento polarizado, sobregeneralizado, catastrofismo, debeísmo “Remedios para combatirlas”-
Tabla 1 (Bermejo, 2011).	

Para acompañar procesos de duelo, Bermejo (2011), plantea que se debiera seguir las directrices que Worden plantea: hablar de la pérdida, identificar y expresar sentimientos, ayudar a vivir sin el fallecido, ayudar a encontrar el significado en la pérdida, a recolocar emocionalmente al ausente, interpretar la conducta del superviviente como normal, permitir las diferencias, examinar defensas, transmitir esperanza y derivar al especialista si es necesario.

2.1.6. Según otro autor muy destacado en este tema, Bowlby, en su obra “La pérdida afectiva” transmite la idea de que “La pérdida de una persona puede constituir una de las experiencias más cruentas por las que puede atravesar una persona, y cuanto antes se tome conciencia, más pronto se podrá mitigar el dolor.”(Bowlby, 1993, p. 31). En particular, el niño o niña cuando es apartado de la figura materna puede presentar una gran aflicción y quizás un duelo patológico.

Define el duelo como “Todos aquellos procesos psicológicos, conscientes e inconscientes, que la pérdida de una persona amada pone en marcha, cualquiera que sea su resultado” (Bowlby, 1993, cap 1).

Los procesos psicológicos que intervienen en el duelo son: naturaleza de los procesos que intervienen en el duelo, carácter doloroso del duelo, relación duelo-ansiedad, motivación, cólera y odio (hace referencia a las diferencias entre culturas), proceso de identificación con el objeto perdido, diferencias entre duelo sano y patológico, etapa y proceso por el que el individuo responde de un modo favorable. (Bowlby, 1993).

Las fases del duelo son cuatro (embotamiento, anhelo y búsqueda de la figura pérdida, desorganización y desesperanza, y reorganización) y trata diferentes tipos de duelo: si un adulto pierde a otro adulto, a mayor juventud del fallecido más probabilidades del superviviente de desarrollar un duelo patológico con síntomas de imitarlo o ubicarlo en otra persona, animal u objeto animado (Bowlby, 1993). Si la pérdida es de un hijo pequeño por enfermedad, el duelo comienza cuando son conocedores del diagnóstico, y si la pérdida es en el momento del parto o poco después, es terapéutico que visiten al bebé enfermo, que participen en su cuidado y que estén con él cuando fallece. Después conviene animarles a que lo vean, lo toquen o lo tengan en brazos. (Bowlby, 1993). Casi todas las culturas incluyen reglas y rituales en torno al duelo que determinan cómo debe ser la relación con el fallecido, a quién se debe atribuir la culpa, contra quién se dirige el enojo y cuánto debe durar el duelo. (Bowlby, 1993).

Los factores que afectan al proceso del duelo dependen de sus interacciones con la identidad y rol del fallecido, edad y sexo del superviviente, causas y circunstancias de la pérdida y circunstancias psicológicas y sociales que le afectan. (Bowlby, 1993). Variables predictoras para que el superviviente encuentre consuelo en otra persona son: su accesibilidad para consolar, si el contacto con ellas es provechoso y si la persona afligida es capaz de confiar en ella. (Bowlby, 1993). Existen determinadas situaciones infantiles y en la adolescencia que si son experimentadas son favorecedoras para que cuando esté en un duelo haya un trastorno depresivo y son: el que en su día no consiguió una relación estable y segura con sus padres, o el haber sido desaprobado muchas veces recibiendo el mensaje de que es detestable o incompetente, o el haber sufrido orfandad durante la niñez o el haber sufrido consecuencias que la misma persona no puede modificar. (Bowlby, 1993).

Las variables más influyentes en el proceso de duelo son las causas y circunstancias de la pérdida, las reacciones de la familia después de la pérdida y los patrones de relación en el seno de la familia antes de la pérdida. (Bowlby, 1993). En

ciertas condiciones, a veces se generan patologías en este proceso de duelo como son la ansiedad persistente ante sufrir una pérdida o morir, las esperanzas de reunión y deseos de morir, la persistencia en culpar o culparse, la hiperactividad, la compulsión a prodigar cuidados, la euforia y la despersonalización (Bowlby, 1993).

En cuanto al duelo en los niños, mejor es informar pronto que el padre o la madre fallecida no regresará y está o bajo tierra (no en el cielo) o reducido a cenizas y es necesario no ocultar los sentimientos para ayudarles a que expresen los suyos. (Bowlby, 1993). Además, el proceso de duelo será mejor si el menor tiene un alto grado de relación segura y afectuosa con sus padres, si se le informa pronto y con precisión sobre lo ocurrido y si cuenta con alguien consolador, padre o madre sobreviviente u otra persona que le de confianza y seguridad. (Bowlby, 1993). Si la pérdida fue de la figura materna teniendo el menor menos de 10 años, está demostrado que ese hecho tiene relación con trastornos psiquiátricos desarrollados en algunos adultos, sobretodo sufriendo afecciones depresivas, alcoholismo, sobredependencia o ideas de suicidio. (Bowlby, 1993).

Manifiesta que los niños de dos años y medio a cuatro años que sufren pérdida de padre o madre, si las condiciones son favorables, son capaces de conservar sus recuerdos e imágenes y sufren anhelo y tristeza por ellas. Sin embargo, si son desfavorables, se observa un profundo desapego emocional, por estar desactivados los sistemas que gobernaban su conducta de apego. (Bowlby, 1993). Si la pérdida es durante el segundo año, si las condiciones son favorables, son capaces de conservar sus recuerdos e imágenes y sufren anhelo y tristeza por ellas. Sin embargo, si son desfavorables, la comprensión de un niño pequeño es limitada, pero esto no significa que sea nula, a veces habrá desapego y a veces no. (Bowlby, 1993). Si la pérdida es durante el primer año, en el sexto mes, el bebé está forjando alguna representación elemental de su figura materna. Así, el reconocerla al estar presente no significa recordarla en su ausencia, se desarrolla en los últimos meses del primer año. (Bowlby, 1993).

2.1.7. “Elisabeth Kübler-Ross, en su trabajo durante muchos años con moribundos, observó un proceso por el que casi todos pasaban al estar ante la muerte” (Cabodevilla, 1999, p.85). Es bueno que ambos, el que va a fallecer y a supervivir, sepan que el enfermo pasará por las fases de negación, rabia, negociación, depresión y aceptación. “En vez de sentirnos mal por no haber estado allí, lo que podemos pensar es que el no haber estado presente es también una hermosa expresión de amor” (Cabodevilla, 1999, p.159).

En el proceso de duelo los 5 factores determinantes son: intensidad de la relación con la persona fallecida, la forma de morir, la personalidad y la edad del superviviente y los apoyos sociales; las 4 etapas del duelo son: shock, rabia y agresividad, desesperanza y reorganización; y entre otras, en el proceso de duelo hay reacciones habituales a distintos niveles: físico (opresión gástrica y torácica), emocional (tristeza y ansiedad), cognitivo (desconcentración y desinterés, aislamiento social) y a nivel conductual (trastornos de sueño y apetito) (Cabodevilla, 1999).

Existen varios tipos de duelo: el normal, el crónico (el duelo tarda años en despegarse), el congelado (dificultad de expresar emociones), el retardado o aplazado (signos de sufrimiento al tiempo) y el anticipatorio. Coincide con Bowlby en que es mejor la sinceridad y la rapidez en informar a un niño, pero hay que ser conscientes de que las expresiones de sus sentimientos serán más explosivas que las de los adultos y además pueden hacer falsas interpretaciones de la realidad.

Para los duelos en los que han quedado asuntos inconclusos (Por pérdida de un hijo, o por aborto, o por suicidio, o por remordimientos por cosas que se hicieron o se omitieron o se dijeron o se callaron), propone que los acompañantes animen a que los supervivientes realicen terapéuticamente técnicas como escribir cartas, visualizar, escribir listas, hablar en voz alta, soltar amarras, agradecer y mirar al futuro, o escribir una carta de despedida (Cabodevilla, 1999). Además propone que el acompañante tenga interiorizadas estas 12 claves para poder ayudar mejor en el duelo: Reconocer y

sentir la pérdida, ofrecer espacio y tiempo para que el superviviente exprese las emociones de manera íntima y personal, ayudar a identificar los sentimientos, respetar sus ritmos, aclarar temores, recomendar que no tomen decisiones importantes en el duelo, no regir apoyo de otros, que tenga tiempo para estar consigo mismo, aceptarse a si mismo, no automedicarse y si persisten los síntomas acudir a un o una terapeuta profesional. (Cabodevilla, 1999).

2.1.9. Interesantes son las aportaciones encontradas en la *Guía para unos cuidados primarios de duelo estructurados, aplicables en duelo de riesgo o complicado* de Landa & García-García, en la que dicen que para una sesión estructurada para duelos de riesgo o complicados, plantean que sea de 7 sesiones de 30 a 45 minutos, a lo largo de un año, acordándolo y planteado un tiempo interconsulta cada vez más espaciado. En la fase de “vaciado emocional”, serán útiles la relación, la escucha y la facilitación. Primero acompañar para facilitar la expresión de sentimientos y recuerdos, luego se fomenta la actitud crítica a sus creencias en relación con el difunto (lo que piensa, lo que siente, lo que hace, etc.) y finalmente se centran en las dificultades para integrarse de nuevo en su mundo (habilidades, recursos, actividades lúdicas y relaciones sociales buscando crear nuevas relaciones, aprendiendo de nuevo a gozar sin sentirse culpable)

Para elaborar emociones, integrar pérdidas y proyectar cambios y metas, plantea que con el paciente en cada sesión hay que “recorrer” tres espacios diferentes de tiempo: - El pasado (expresión de sentimientos y recuerdos del muerto).

- El presente (escuchando y analizando el nivel de integración del pasado facilitando tomar decisiones apropiadas).

- El futuro (cerrando cada sesión con un acuerdo claro y simple de realización de conductas orientadas a la autonomía, integración y salud visualizándose consiguiendo logros, en situaciones de bienestar social, personal, etc., que resuelven la “lealtad” al ausente y el “permiso” para sentirse progresivamente mejor. (Landa & García-García, 2012)

2.1.9. “El duelo es una situación con las características de ser inevitable, comporta sufrimiento y es portador de crecimiento” (Pangrazzi, 2004 p. 25). Parece que los factores importantes para que haya un buen o no tan buen proceso de duelo son: las causas de la muerte, la relación con el difunto, la red de apoyo externo social y el repertorio de recursos personales.

También plantea que las reacciones normales a la pérdida del ser querido son a diferentes niveles: físico (punzadas, pánico, asfixia, insomnio, pérdida de apetito, de libido); emotivo (shock, pánico, incredulidad, rabia, culpa, miedo, tristeza, depresión, alivio); mental (dificultad de concentración, de generar proyectos o de búsqueda del difunto); social (resentimiento hacia los demás, no pertenencia, elaboración de nueva identidad). Sin embargo también hay reacciones más atípicas, los mecanismos de defensa como son el rechazo, la fijación, la depresión, la racionalización, el aislamiento, la regresión, la somatización o la identificación (Pangrazzi, 2004).

Este mismo autor clasifica los tipos de duelo en: normal, anticipatorio (ambos se preparan para la despedida), o anormal, que puede ser de tres tipos: retardado (tras meses o años, basta un recuerdo para desencadenar el duelo irresuelto que lleva dentro), crónico (recordando y fantaseando el pasado), o patológico (superado por la pérdida y rotos los equilibrios físico y psíquico, hay una identificación con el fallecido o consumos, necesitando ayuda profesional) (Pangrazzi, 2004).

“Worden establece 4 elementos en el proceso de duelo que parecen resumir las etapas esenciales para desprenderse del pasado y crecer en nuevas direcciones: Aceptar la pérdida, expresar el duelo, adaptarse a una vida diversa e invertir en nuevas relaciones“ (Pangrazzi, 2004, p. 73). En los procesos de duelo son importantes por un lado el expresar el duelo por el sendero de la conciencia, la comprensión, la aceptación, la expresión e integración, y por el otro, invertir emotivamente ya que un corazón herido cicatriza ante los demás.

Para un niño menor de 3 años la muerte es incomprendible, hasta los 5 es reversible, hasta los 9 es definitiva pero el protagonista está exento. A partir de los 10,

es inevitable, es para todos. Facilita su proceso de duelo el informárselo pronto, con claridad y lenguaje ajustado al niño por medio de dibujos, que alguien contenga sus expresiones de dolor y que acuda a los ritos funerarios (Pangrazzi, 2004).

El decálogo que el acompañante debe animar al superviviente afligido es: aprende a desapegarte, comunica lo que sientes, toma decisiones, se paciente contigo mismo, aprende a perdonar, acude a la Fe, cree en ti mismo, entabla nuevas relaciones, vuelve a sonreír y comienza a darte a los demás. (Pangrazzi, 2004).

2.1.10. Por último, Tizón y Sforza plantean que los procesos de duelo son procesos bio-psico-sociales de la ruptura de equilibrio por la pérdida. El duelo en sí puede ser normal, complicado o patológico. La elaboración del duelo, al aceptar la nueva situación, lleva a un nuevo estado de recuperación. Los sistemas para la elaboración del duelo son: el mundo interno, las capacidades yóicas, las imágenes de nuestro cuerpo, la familia, las redes de apoyo, el trabajo y las redes profesionalizadas de asistencia. (Tizón y Sforza, 2008, cap 1).

Para ello utilizan esta tabla que se puede ver a continuación en la que proponen los diferentes momentos del duelo, la tareas a realizar por la persona afligida en cada momento y los elementos facilitadores para ello. Se expone dicha tabla: (Tabla N° 2)

<i>Momentos del duelo.</i>	<i>Tareas a realizar por la persona afligida.</i>	<i>Elementos facilitadores para ello.</i>
Momento de impacto y crisis.	Aceptar la pérdida, poder expresar, compartir y hablar sin metáforas del fallecido.	Que el acompañante atienda a las dudas con paciencia con respuestas claras y tono sencillo ayudando a que conecte con que es un proceso de afrontamiento del sufrimiento.
Momento de aflicción y turbulencia afectiva.	Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.	Seguir rutinas básicas de organización cotidiana y recados fuera de casa. Escuchar sus relatos con el ausente y con allegados clave para el proceso donde afloran sentimientos y se van redituando.

Momento de pena y desesperanza reversible a la nostalgia.	Lenta adaptación para la tarea de readaptación con ausencia de lo perdido con sensación de desorientación vital.	Hacer listas de prioridades de la vida externa para no sucumbir a la idea de renunciar a la reorganización, a la vuelta sin intentar reemplazar rápidamente por otro al ausente.
Momento de recuperación, la inscripción de la pérdida en la identidad profunda.	Reubicación de lo perdido en nuestro interior, renovación de vínculos con el mundo.	Agradecer al ausente lo que nos dio y así le dejamos ir, olvidándolo sin perderlo nunca porque es parte del mundo interior, y no se es desleal por mirar al futuro con otros ojos, sin lo perdido, rompiendo así la cadena de autoacusaciones de lo que se vive en el presente.

Tabla 2 (Tizón y Sforza, 2008, capítulo 4)

Acercándose a la visión sistémica Tizón plantea varios puntos clave para entender el proceso de duelo en la familia: El primero, las relaciones intrafamiliares, ya que son fuente de seguridad o de inseguridad basadas en las expectativas sobre dicha relación en la infancia. Si las relaciones intrafamiliares son fuente de desconfianza, minan la esperanza global en la familia. El segundo punto clave es que la ruptura de relaciones son situaciones de riesgo para los niños y jóvenes. Finalmente, el tercero, es que se debe aumentar la confianza con los presentes, asegurando el proceso de vivencia de pena, proporcionando espacios de expresión afectiva y de ayuda de especialistas. (Tizón y Sforza, 2008).

Según estos autores, según quien sea el fallecido, se desencadenan diferentes situaciones. Con la muerte de un hijo, con las dificultades de merma de capacidades parentales por sentimientos de culpa o acusaciones conyugales, a veces se proyecta la culpa en los hijos y ellos se convierten en sustitutos designados de hermanos fallecidos anteriormente y pueden aparecer en ellos o trastornos de comportamiento o fantasías o sentimientos persecutorios, que los padres difícilmente saben atender.

Ante estos duelos congelados que no avanzan, es bueno ayudar a los padres a gestionar el dolor y de esta manera, los hijos aprenderán a gestionar su dolor.

Con la muerte de la pareja, aparte de los sentimientos de pérdida, hay que gestionar roles que quizá los hacía el ausente, o problemas psíquicos que pueden darse en varios miembros o en el paciente designado, que manifiesta el síntoma de malestar por todos. La persona clave de la reorganización es el miembro vivo de la pareja para evitar el naufragio de la familia, apoyando en temas concretos organizativos de autogestión en la que los miembros se repartan responsabilidades, acogiendo el apoyo de familia externa, y observando si algún miembro de la familia está desarrollando algún trastorno psicológico.

También afirman que hay niveles para la mejor contención del sufrimiento de la pérdida. De manera normal hay 6 niveles:

1. El recuerdo de las enseñanzas conscientes o inconscientes del ausente aprendidas en la infancia.
2. La activación de las capacidades personales, actividades e intereses.
3. El cuidar la salud física.
4. El contactar con la familia para las funciones de contención y cuidados.
5. El recontactar con la red social de amistades y de grupos tipo asociativos, culturales que acompañen y contengan el dolor.
6. El realizar actividades cotidianas laborales o escolares que implican rutinas, relaciones que potencian la autoestima y acompañan el dolor.
7. En duelos complicados o patológicos, el último nivel, activar las redes profesionales de asistencia en las que los profesionales de la asistencia de la salud se hayan formado para hacer la labor de "Acompañamiento en los duelos", para asesorar e intervenir en los duelos y crear o no grupos de ayuda mutua, usando técnicas individuales, familiares, grupales, creando o no servicio especializados para ello. (Tizón y Sforza, 2008, capítulo 8)

2.2. Desde el enfoque familiar:

2.2.1. “En el duelo se produce el extrañar, que es la sensación del recuerdo y el deseo de estar con el otro. Me siento extraño cuando te extraño. Te extraño donde cobra presencia, tu ausencia” (Cebeiro, 2013).

“Las intervenciones son con familia y amigos, a veces con y a veces sin la persona próxima a morir, para aprender a despedirse con y sin el próximo a morir, aprender a acompañar al sufriente y realizar un buen morir” (Cebeiro, 2013).

Técnicas que utiliza Ceberio son:

- La silla llena (“No hay más silla llena que la silla vacía”) para cosas pendientes.
- Cartas al difunto para expresar emociones y en sesión se guía a expresarlas.
- Visitas al cementerio o lugares de repercusión emocional para dejar la carta.
- Programación de encuentros con familiares evitando soledad.
- Visualizaciones positivas familiares del fallecido.
- Trabajo familiar con fotografías.
- Desbloqueo de paradoja que siente la persona próxima a fallecer por la resistencia familiar a que fallezca. Se hace familiarmente un proceso de despedida de varias sesiones haciendo así un ritual explícito de despedida hablado con el paciente y en silencio tácito con caricias al paciente o hablando explícitamente favoreciendo regalos, donaciones que favorecen las separaciones del que va a fallecer y los dolientes (“Yo te acompaño, estoy contigo, decidas lo que decidas, pase lo que pase”), para que la persona próxima a fallecer se sienta querida. (Cebeiro, 2013).

2.2.2 Otros autores, Pino, Pérez & Ortega, (2003), comentan que, haciendo un resumen, hay diferentes tipos de duelos: por un lado el normal y por el otro, todos los demás, llamados complicados o alterados o patológicos, que engloban al duelo exagerado por su alta intensidad, al crónico por la larga duración, al retardado o

aplazado por su no presencia en un tiempo prudencial, al duelo enmascarado o reprimido, al congelado, al terminado, al anticipado, al pre-mortem.

En cuanto a las técnicas y recursos que plantean para los terapeutas que acompañan procesos de duelo complicado:

- Recogen de Bowen que ante cualquier pérdida significativa, se altera el equilibrio familiar apareciendo una *onda de choque emocional* (Bowen).

- Aplican de Boszormenyi-Nagi el “*Libro familiar de cuentas*” entre roles y dependencias, que no puede cerrarse satisfactoriamente si el balance (Debe-haber), está desequilibrado (Pino, Pérez & Ortega, 2003)

- Cambios en los límites o en la jerarquía de la estructura familiar.

- Paradojas en las normas que impiden la auto-perpetuación del duelo.

- Rituales para romper este círculo.

- Uso de narrativas o creación de un pasado nuevo para ofrecer una perspectiva inédita de la experiencia actual.

- Las propias vivencias del terapeuta para prestar ayuda en la experiencia propia o para facilitar la comunicación de experiencias íntimas o para validar la propia historia de duelo personal de cada miembro o para reconocer singularidades y *resonancias*. (Pino, Pérez & Ortega, 2003)

- Para liberar al paciente y familia del estancamiento emocional en el duelo, con visión sistémica familiar, en la sesión individual o familiar, el terapeuta primero tiene que legitimar los sentimientos de ellos favoreciendo su expresión (culpa, rabia, dolor), para luego ayudarles a combatir la ambivalencia de sentirlos ante el fallecido. De esta manera se generará una identidad nueva, admitida por el sistema familiar, con rasgos positivos del desaparecido y se iniciará el camino a un mejor bienestar. (Pino, Pérez & Ortega, 2003).

- Además, utilizan contenidos que se pueden mostrar esta tabla, que se puede ver a continuación en la que para trabajar un objetivo concreto proponen contar diferentes

símiles para facilitar la comunicación a otros niveles. A continuación se expone dicha tabla: (Tabla N° 3)

PARA TRABAJAR EL OBJETIVO DE:	PROPUESTA DE SIMIL PARA FACILITAR LA COMUNICACIÓN A OTROS NIVELES
Facilitar expresión de sentimientos e introducir buenos recuerdos olvidados que aparecerán luego.	<i>El tesoro sumergido.</i> Hay que “vaciar” el mar de lágrimas, es necesario un tiempo previo para alcanzarlo, está profundo...
Retomar actividades previas a muerte	<i>El olvido al cambiar de cuarto.</i> Volvemos al que estábamos previamente para así acordarnos mejor del finado.
Distinguir relación adecuada/inadecuada y aliviar culpa de anteriores disputas.	<i>El profesor duro / blando.</i> Al cabo del tiempo ¿cuál nos ha sido de mayor utilidad para desenvolvernos después en la vida?
Superar muertes en la infancia.	<i>Películas, novelas, canciones...</i> ¿Preferimos las más largas y pesadas, o las más buenas y cortas?
Centrar la atención en algo/alguien distinto del difunto.	<i>Símil de las estrellas y el telescopio:</i> El ser humano sólo es capaz de percibir cuando existen diferencias, para ver una estrella no podemos mantener mucho tiempo la vista fija en ella.
Separar los legados perjudiciales de las transgeneracionales positivas.	<i>Símil de cerner el trigo de la paja, símil de la herencia con antiguallas y antigüedades en el mismo desván, etc.</i> Trabajo de selección para rescatar lo valioso.

Tabla N° 3 (Pino, Pérez & Ortega, 2003)

2.2.3 Edith Glodbeter-Merifeld (2003), en el capítulo 6, “Duelo y fantasmas”, en su libro *El duelo imposible: las familias y la presencia de los ausentes*, plantea inicialmente que el proceso de duelo nos concierne a todos, el sistema familiar presente en sesión está siempre incompleto porque los miembros ausentes que no pueden físicamente acudir a sesión, pueden ser “Terceros ligeros o pesantes”; según

el apego o papel que ocupaban en el sistema, se hará más o menos difícil el proceso de duelo porque tienden a mantener o no la homeostasis familiar.

Glodbeter-Merifeld parte de la hipótesis de Paul et al.(1965) de que existe un nexo directo entre una respuesta inadaptada a la pérdida de un objeto y la cristalización de vínculos simbióticos en la familia. Glodbeter-Merifeld (2003), la complementa con otra hipótesis que es que el síntoma, la tarjeta de presentación que ha motivado la consulta, tendría la función de desviar a la familia de confrontar una ausencia insoportable, de lo que se deduce que no se ha iniciado un proceso de duelo, el proceso psicológico desencadenado por la pérdida de un objeto amado que cuando llega a su fin está asociado a su abandono.

Cuando a un miembro del sistema se le preserva de la vivencia de la enfermedad de un ser querido y de su muerte, mientras que los demás miembros sí, al cabo de un tiempo éstos habrán podido “olvidar al ausente” pero la otra persona se convierte en el guardián del silencio del ausente, siendo un drama secreto para la familia que acude a consulta supuestamente por algo no conectado con esta dinámica o hecho. Además en un contexto que vive la familia de sistema de comunicación cerrado en cuanto a este tema, que es considerado tabú, parece investigado que no es casualidad que en los siguientes meses hay miembros de la familia que enferman física y psíquicamente, teniendo los pacientes designados (anorexia, bulimia, toxicomanía y problemas sexuales), siendo estos signos una solución en cuanto a que permite desviar y ocultar la verdadera crueldad de la ausencia o pérdida. Si ante la muerte hay una homeostasis del sistema, puede que el ausente esté presente como si cogiera cuerpo en uno de los miembros, (ej. en la adolescente anoréxica), la actual paciente designada, o sin cuerpo, como si fuera un fantasma que está en la familia (Por duelo no realizado de la muerte de los abuelos). Ese “Tercero pesante”, ese fantasma, lo necesitan como lealtad y es crucial para la protección del sistema ya que se constatan actitudes del sistema autobloqueantes (idealización o demonización del ausente, conflictos no resueltos con el ausente, hechos confusos en la muerte, no se habla del

difunto y hay heridas abiertas). Mientras, el paciente designado, toma el lugar teniendo las actitudes que tendría el ausente, a la familia le evocan a una suerte de sustituto del ausente, como si fuera un “monumento viviente erigido en memoria del ausente”. Por ejemplo, el hijo que reemplaza a otro que trágicamente ha muerto o no ha nacido y que se le pone muchas veces el mismo nombre. Si el sistema no ha hecho un proceso de duelo, el sistema vive con el fantasma y esta persona vive con una carga de las expectativas no cumplidas del ausente y su misión imposible es reemplazarlo y al tiempo surge como paciente designado y detiene el desarrollo de la familia. (Goldbeter-Merinfeld, 2003)

Con todo ello, rescata de varios autores para el terapeuta, que hay factores que inciden en el proceso de duelo: el papel que ejercía el fallecido, la edad, el tipo de muerte, la previsibilidad de la muerte, el tipo de relación con cada miembro y sus emociones y los rituales de despedida realizados o no, íntimos y sociales. Recoge técnicas como visitar a los difuntos en el cementerio y hablar de ello en sesión, la técnica de las cartas, la de las fotos y la de la silla vacía para que el hijo parentalizado exprese sus emociones al ausente. Aplicando esta última, el fantasma el “tercero pesante” ausente acompaña a la familia en la vida y en las sesiones de terapia aflorando la relación que cada uno tiene con el ausente. Se puede ayudar a elaborar diferentes tipos de duelo, individual y familiar, sustituyendo al tercero ausente quitando y dejando de colocar en el centro al Paciente Designado. Luego se aparta para que el ausente esté accesible para todos para que todos puedan terminar el duelo, por ejemplo, evidenciando el acudir al cementerio para que desaparezca el fantasma y así permitir al sistema avanzar. Se debe preparar la despedida de la familia desde el principio, por eso al final el terapeuta debe dejar de nuevo la silla vacía. (Goldbeter-Merinfeld, 2003).

2.2.4. Diana Liberman en su libro *Es hora de hablar de duelo*, para empezar dice que “el duelo es un proceso personal ligado al vínculo de intimidad con la persona que ha muerto. No es algo que se le hace a nadie” (Liberman, 2007, p. 37). La tarea

terapéutica ayuda a transformar el duelo en trabajo activo narrando una nueva historia porque nos obliga a construir una nueva identidad y ayuda al crecimiento personal, porque su desafío es encontrar un nuevo sentido a la vida después de la pérdida.

Liberman (2007), propone que la resiliencia hace ampliar el foco y pasar del individuo a la familia apelando a su fuerza y potencial para timonear y afrontar y darle sentido individual y grupal a la reparación emocional de cada uno, de la pérdida para volver del dolor, hasta tomar la vida en las manos. Mantiene la idea de que la terapia familiar puede ser más efectiva si se identifican los aspectos resilientes y se los facilita al grupo para mejorar individual y grupalmente.

Ahondando en los factores resilientes para abordar el proceso de duelo en la familia, Liberman (2007), aporta éstos: la muerte como gran pérdida o como calma, el rol del fallecido en la familia, los vínculos, el marcar o no a una persona como chivo expiatorio canalizando la rabia de la pérdida, el afecto entre los miembros, el poder, el grado de comunicación abierta o cerrada de los sentimientos, la sensación de poder ayudarse entre sí o si el mandato familiar es “que cada palo aguante su vela”, el nivel sociocultural de la familia, el nivel de integración de cada miembro en la comunidad y el contar con una red de apoyo y contención.

Liberman plantea como ayudas terapéuticas para aceptar la pérdida el ver el cuerpo, darle sepultura, concretar rituales de despedida (individuales, familiares, religiosos, laicos, sociales) que tienen un objetivo y muestran un cambio en la vida de ellos, como el funeral donde públicamente se expresa el dolor y la gratitud, se ayuda a completar cualquier negociación emocional inconclusa con el fallecido, se refuerzan los vínculos y la sensación de pertenencia y se cerciora que la sociedad sigue integrada a pesar del ausente. Ayuda especialmente el participar en grupos de ayuda mutua en pérdidas de catástrofes colectivas, o el trabajar el “duelo operacional” en sesiones terapéuticas familiares donde se activa la empatía entre los miembros al escucharse mutuamente los sentimientos o muy catártica es la técnica de escritura de cartas emocionales ya que canalizan expresiones y alivian. También la creación de un

ritual de una acción prescrita a realizar, que varias personas realicen algo placentero para que en ese contexto puedan emerger emociones, o activar encuentros con personas que narran aspectos positivos del ausente, quizás desconocidos, o realizar campañas de ayuda a personas carenciadas. (Lieberman, 2007).

2.2.5. Robert Neimeyer, en su libro *Aprender de la pérdida*, plantea que un duelo parece ser complicado y necesitado de ayuda si hay presencia continuada de sentimientos de culpa, ideas de suicidio, desesperación, depresión prolongada, síntomas físicos, ira controlada o abuso de sustancias (Neimeyer, 2000). Toma como referencia la frase del filósofo Thomas Attig que dice: "Aunque la pérdida de un ser querido no puede escogerse, la elaboración del duelo es un proceso activo de afrontamiento lleno de posibilidades". (Neimeyer, 2000).

En su capítulo cuatro plantea desafíos continuados que se deben afrontar en los procesos de pérdidas significativas, cada cual acorde con sus posibilidades. Es por eso que en esta tabla que se puede ver a continuación, se describen dichos desafíos. A continuación se expone dicha tabla. (Tabla N° 4)

Desafíos continuados que se deben afrontar en procesos de pérdidas significativas	
<i>Reconocer la realidad de la pérdida.</i>	Comentándola con los miembros de la familia ya que si alguno es excluido de este proceso, hay riesgo de complicar su adaptación posterior.
<i>Combinar el hacer práctico con el abrirse al dolor:</i>	Al desarrollar la conciencia de conectar con las emociones, se superarán los desafíos alcanzando mayor madurez; si no, se puede retrasar o perpetuar el duelo.
<i>Revisar el mundo de significados abandonando la ilusión del control sobre la vida.</i>	Así, no culpándonos por las pérdidas ocurridas, y acogiendo la idea de que gracias a pérdida nos puede hacer más tristes pero también más sabias.

<i>Reconstruir la relación con lo que se ha perdido.</i>	La muerte no pone fin a la relación, sino que la transforma. Vinculado así al fallecido, se da continuidad a la historia que se debe reinventar cara al futuro llenándola de sentido
<i>Reinventarnos a nosotros mismos.</i>	Como todo lo que nos conmueve y transforma se queda con nosotros, como la muerte provoca vacío y deteriora los hilos de conexiones que definen quienes somos, debemos gradualmente repararlos rebajando nuestras presuposiciones, reestableciendo con otras formas de conexión con ellos y con nosotros, abriendo otras relaciones que parecían cerradas, aceptando las cosas que no se pueden cambiar y siendo valiente para cambiar las que sí se pueden cambiar.
Tabla Nº 5 (Neimeyer, 2000)	

Neimeyer (2000), sostiene que cuando una pérdida interrumpe la estructura argumental esperadamente supuesta en una familia, cada miembro puede pensar que su aflicción es más doliente que la del resto. Por ésto, cuanto más públicamente se comparta, más feed-back, más claves se pueden recibir para que cada uno pueda entretejer una nueva coherencia de sentido, siempre respetando y entendiendo los diferentes procesos de duelo de cada miembro. Además, hacer rituales de duelo por el ausente con todos los miembros de la familia pero personalizados y según la historia familiar, ayuda a la creación familiar conjunta de un nuevo estado, de un nuevo mundo de significado, que es el de pasar de perder lo que tenemos, a tener lo que hemos perdido.

Por ello recomienda que cada miembro de la familia haga tareas con su aflicción y también con las del resto de miembros de la familia. Con la aflicción consigo mismo dice que es bueno tomarse en serio las pequeñas pérdidas, tomarse tiempo para sentir, encontrar formas sanas de descargar el estrés, dar sentido a la pérdida, confiar en alguien, no controlar, ritualizar conjuntamente la pérdida y cosechar su fruto. Por otro lado, con la aflicción de los demás, es bueno abrirse a la comunicación, escuchar el 80% del tiempo, ofrecer ayuda concreta, esperar que lleguen los momentos difíciles,

acompañar, hablar de las propias pérdidas, establecer un contacto físico adecuado y ser paciente ante las reacciones del otro miembro familiar. (Neimeyer, 2000).

Neimeyer (2000) refiere a que existe insatisfacción con los modelos tradicionales sobre el tratamiento del duelo debido que no se cuenta con la no universalidad de trayectorias emocionales, el no reconocimiento de vínculos con los fallecidos, la no atención a los procesos cognitivos, de continuas revisiones de las pérdidas, de crecimiento postraumático y de planteamiento también familiar. Plantea así, un cambio sobre la naturaleza del duelo como experiencia humana. Como los humanos somos “empedernidos” constructores de significado, tomando como base el construccionismo del duelo en familia, propone una teoría sobre la aflicción, que engloba tanto los factores personales, familiares y culturales, proponiendo la construcción conjunta familiar de su significado, con sus 6 proposiciones:

1. La pérdida puede o validar o no validar, o poder o no poder aplicarse en la construcción del nuevo significado que orienta nuestra vida.
2. El duelo, aunque influenciado por la familia, es un proceso personal e intransferible que es necesario explicitar.
3. El duelo es algo que hacemos, no algo que se nos ha hecho y por ello necesario de reconstruir.
4. La pérdida da la oportunidad de cuestionar y reconstruir una nueva versión del propio mundo de significados.
5. Cada sentimiento que aparece cumple su función y es un indicador ayudante a esta nueva versión del mundo de significados.
6. A mayor negociación del deseo de cambio o de no cambio con los demás supervivientes, simbólicamente con el ausente y con el contexto social más próximo, las nuevas narrativas construidas en cuanto a roles, jerarquía, aportarán una menor dificultad a la adaptación a la pérdida. Hay una serie de dimensiones como la cultura, la espiritualidad y el género que pueden favorecer la adaptación a la pérdida. (Neimeyer, 2000)

Finalmente Neimeyer (2000) plantea que la persona que haya hecho un trabajo de detectar sus propias formas personales de adaptación a la pérdida, podrá empatizar mejor con una familia en duelo, siendo también necesario fomentar una actitud colaboradora planteándolo como sugerencias a realizar, respetando las resistencias del cliente a hacer alguna técnica porque habrá algo más profundo no tenido en cuenta, preguntar y respetar algún aspecto que quiere que sea privado, integrar las tareas siendo lo primero en preguntar en la siguiente sesión facilitando sin cuestionar si no se ha hecho y por último reconocer el momento del “Ser” más que el hecho de “Hacer” las tareas derivadas de las técnicas terapéuticas facilitadoras de adaptación.

Alguna de las técnicas que plantea para realizar con familias en duelo son las biografías (relato narrativo significativo de la autobiografía), las caracterizaciones de su pérdida redactadas en 3ª persona desde como si lo hiciera un amigo con cierta orientación con preguntas orientativas, cartas que no se envían vertiendo los profundos sentimientos del escritor y al leerlas en sesión el compañero de viaje o terapeuta ayuda a que construyan nuevos significados, diarios bien dirigidos terapéuticamente con consignas que provocan a lo largo del tiempo cambios de significado, dibujos e imágenes del significado de la pérdida que con el feed-back de los demás puede construir otros significados, entrevista de reconstrucción de significado de la pérdida con batería de preguntas dirigidas de entrada de explicación y de elaboración, epitafios sobretodo utilizado en estados avanzados del proceso de duelo, galería de fotografías, historias metafóricas o parábolas que narran la pérdida con un guión de preguntas para que haya un hilo conductor y reactivan el significado del pasado presente y futuro de la persona, la huella vital o impronta o legado que con un guión propuesto la persona descubre que el ausente ha dejado en la persona o familia, imágenes metafóricas que dirigidas con un guión a la persona le ayudan a dar al duelo su significado para ella y pueden ser utilizadas como dinámicas dirigidas en terapia de grupos de apoyo al duelo, lectura reflexiva de libro con guión de preguntas posterior a responder, libros de recuerdos que siguiendo un guión preestablecido la

persona construye del ser querido ausente, objetos de vinculación que seleccionados en familia y bien colocados ayudan a destinar un espacio al ausente de respeto y vinculación en el presente, peregrinación personal o familiar a algunos lugares significativos para el ausente que pueden hacer cambiar el significado de las familias para el presente, realizar poesía del significado de la pérdida que no será juzgada sino exploratoria por el que pretende ayudar a que reencuentre el significado, creación dirigida de rituales o acciones simbólicas de todo tipo periódicamente o no que ayuden a que los vivos recuerden y se reencuentren dando significado en el presente. (Neymeyer, 2000).

2.2.6. Pereira (2002), en su artículo publicado en la *Revista de sistemas Familiares* titulado Duelo familiar desde el punto de vista individual al familiar, plantea que el enfoque individual es incompleto, no contempla las interrelaciones familiares que juegan un importante papel y la tendencia, pero gracias a los constructivistas y narrativistas, hay en la terapia familiar un incremento notable de estudios de dinámica Familiar durante el Duelo. Las narrativas familiares, dice, que son buenos métodos para abordar la redefinición familiar para resituar emocionalmente al difunto de una manera adecuada aunque son necesarios nuevos estudios que profundicen en el proceso de duelo familiar y propongan nuevas intervenciones facilitadoras adecuadas a cada una de las etapas- Faltan trabajos orientados a identificar los tipos de duelo familiar complicado, que aporten instrumentos terapéuticos adecuados a diferentes tipos de problemas que se identifiquen.

Define el duelo familiar como un proceso que se pone en marcha a raíz de la pérdida de un miembro, es la mayor crisis que debe pasar un sistema por lo que es necesario adoptar una conducta defensiva de la integridad del mismo y por ello la familia, para mantenerse, puede realizar 6 mecanismos de defensa:

1. El reagrupamiento de la familia nuclear, la familia se “*encastilla*” en la casa con la expresión “*La familia no recibe*”.

2. La intensificación del contacto con la familia extensa o con amigos o allegados a la familia.
3. La disminución de la comunicación e intercambio con el medio externo reduciendo las actividades sociales.
4. El apoyo socio-cultural a que haya continuidad de la familia pero es lícito delegar funciones de alimentación, cuidado, educación, etc. La sociedad dispone de recursos compensatorios (becas, pensiones, subsidios, colegios para huérfanos, asociaciones de viudos y viudas, seguros de vida, etc.) que ofrecen apoyo social y económico a la nueva etapa de la familia-
5. La exigencia de tregua o cese de hostilidades en conflictos familiares durante el duelo. Cuando la supervivencia familiar se ve amenazada, prima el apoyo mutuo, la solidaridad grupal y se procura evitar al enemigo externo (la política, herencias)-
6. Como el dolor del duelo se respeta, no se duda del sufrimiento, cualquiera puede "*ponerse en el lugar*", el entorno familiar incrementa cuidados, la hostilidad disminuye, no es momento de "*acosar*" a quien reclama protección por abandono de tareas cotidianas, pérdida patrones habituales de conducta, aislamiento y debilidad, facilita el proceso del duelo.

(Pereira, 2002).

Continúa Pereira (2002), aseverando que la desaparición de un miembro implica una reorganización familiar en el duelo y hay 4 puntos de abordaje:

1. La reorganización de los sistemas comunicacionales con sus patrones y papeles en la transmisión de la información y establecer nuevas vías no es sencillo y dependerá de a) de las habilidades comunicacionales (a mayor número de canales abiertos, menor aislamiento con el exterior facilitador de acceso de redes exteriores apoyo y a la resolución del duelo familiar); b) de la importancia del desaparecido en la comunicación familiar (si ocupaba un papel activo, central y facilitador de la comunicación, va a tener mayor influencia

- sobre la comunicación intrafamiliar y con el medio externo); c) de la brusquedad con que se produce la muerte (si la aproximación a la muerte es pausada, permite ir estableciendo canales alternativos de comunicación que permiten, una más rápida reorganización de los sistemas comunicacionales).
2. La reorganización de las reglas del sistema, patrones de conducta, reglas familiares y su flexibilidad para modificarlas y capacidad para mantener una estructura familiar definida, establecerá la viabilidad del sistema familiar. Las nuevas reglas requieren tiempo y dependerán de: a) del número de reglas a modificar (depende de si el fallecido ocupaba un lugar central o periférico); b) de la brusquedad de la muerte (si es esperada permite una paulatina adaptación de reglas familiares); c) del ciclo vital (si el fallecimiento se produce en momento de negociación de nuevas reglas, habrá más dificultades para reestructurar el funcionamiento que en periodo de estabilidad).
 3. La redistribución de roles, papeles entre los miembros de la familia (quién se encarga de qué, quién tiene la responsabilidad sobre esta y esa otra cuestión, quién tiene la autoridad y en qué áreas). No es sencillo, si jugaba el fallecido un papel central o incluso de ligazón familiar, suele generar conflictividad. Si era un hijo hasta la desaparición del sistema, a veces, los roles son redistribuidos o asumidos por uno (Síntoma del hijo parentalizado) o mantenidos en conserva en espera de incorporación de nuevo miembro que lo asuma.
 4. La adaptación de la familia a su nueva realidad y dependerá de su flexibilidad para adaptarse a cambios. Si es rígidamente homeostática tendrá grandes dificultades para ello. Es la mezcla de las tres reorganizaciones anteriores descritas: cambio en los sistemas de comunicación, en las reglas de funcionamiento y en la redistribución de roles.

En esta tabla que se puede ver a continuación, Pereira (2002) plantea las 4 etapas del duelo familiar con apuntes acerca de lo terapéutico en cada una de ellas. A continuación se expone dicha tabla. (Tabla Nº 5)

ETAPA	LO TERAPEÚTICO EN CADA ETAPA
<p>1ª Aceptación familiar de la pérdida, favoreciendo la expresión de la aflicción de todos los miembros .</p>	<p>El papel importante de rituales como velar el cadáver, funerales, enterramiento, visitas de familia y amigos, dan publicidad a pérdida, favorecen su aceptación y crean un contexto para la expresión emocional.</p> <p>Puede haber problema si se focaliza el duelo en un miembro de la familia, dificultando que los demás miembros manifiesten su propio proceso de duelo.</p>
<p>2ª Reagrupamiento y encastillamiento defensivo de familia</p>	<p>Para que sea un proceso delicado y con el menor desgaste posible y se puedan afrontar la reorganización familiar, la redistribución de canales de comunicación interna y la distribución de los roles familiares.</p> <p>Ello supone aceptar definitivamente la pérdida y añade dificultades propias de la aflicción que causa esta renuncia en los miembros de la familia.</p>
<p>3ª Tras la reorganización interna, la reorganización de la relación con el medio externo</p>	<p>Abriendo nuevos canales de comunicación y reasignando roles.</p> <p>Se produce cuando familia se siente con suficiente estabilidad como para comenzar a abrirse al exterior rompiendo su encastillamiento.</p>
<p>4ª La reafirmación del sentimiento de pertenencia al nuevo sistema familiar emergente y aceptación de una nueva etapa familiar.</p>	<p>Es el final del proceso del duelo, la aceptación de la nueva estructura familiar organizada de una manera distinta con nuevos canales de comunicación, otros reemplazan al ausente en roles que hacía, con alianzas modificadas entre los sobrevivientes resituando al ausente emocionalmente de manera adecuada, formando parte de la historia pero dejando de tener influencia directa en el funcionamiento de ésta.</p>
	<p>Tabla N° 5 (Pereira, 2002, pp. 48-61).</p>

2.2.8. “Bowlby define el duelo como “el proceso psicológico que se pone en marcha debido a la pérdida de una persona amada”. Esta pérdida por fallecimiento es

irreversible, al doliente le hace reflexionar sobre la suya propia, y es altamente estresante, sobretodo la muerte de cónyuge o hijo” (Pereira, 2010, p. 656)

Parafraseando a Parkes y a Pereira (2010), a mayor numero e importantes sean las reglas familiares a cambiar, el proceso será más doloroso y difícil y más enérgico.

Las fases del proceso de un duelo normal son las siguientes: Estupor o shock, confusión o desequilibrio, búsqueda del objeto perdido, desolación, desesperación, culpabilidad por múltiples causas, miedo a las tareas rutinarias, malestar aislándose, cólera contra el sistema sanitario, negación que normalmente irá diluyendo hasta la aceptación o adaptación emocional y cognoscitiva (con alta dificultad si la relación con el fallecido fue o ambivalente o narcisista o no hay señal visible de la muerte por desaparición), y finalmente, reintegración en el que ya se hacen planes sin contar con la persona fallecida. (Pereira, 2010).

Por otro lado, el duelo patológico puede ser de 3 tipos: Síndrome de pérdida inesperada en el que se está en profundo estado de shock, síndrome de duelo ambivalente en el que como hubo abusos o maltrato el doliente no sabe si siente más pena o alivio, o duelo crónico, durando más de 2 años.

Pereira (2010) define los siguientes factores de riesgo del duelo complicado:

Tipo de muerte: Por el culpa del superviviente (Repentina o dolorosa)

Las características de la relación:

- Si la relación con el fallecido era de intensa dependencia.

- Si era una relación ambivalente (relación amor/odio, abusos).

- Si el fallecido era el o la cónyuge.

- Si era un hijo o hija menor de 20 años.

- Si ha dejando hijos entre 0 y 5 años, o entre 10 y 15 años.

- Si ha dejado un hijo o hija soltero o soltera.

Las características del superviviente: Si es una persona propensa a la aflicción, con personalidad insegura, con baja autoestima, con excesivos autorreproches, con

antecedentes de una enfermedad mental previa o incapacidad física, con duelos previos sin resolver o con grave incapacidad para expresar sentimientos.

□ Las circunstancias sociales: Si la familia está ausente o con escasa relación, alejada de los sistemas de apoyo culturales y religiosos, en desempleo, con niños pequeños en casa, con bajo estatus socioeconómico y otras pérdidas

□ Riesgo de suicidio en duelos congelados.

(Pereira, 2010, pp. 658-663).

Complementando lo anterior, Pereira (2010) señala que hay 3 tipos de Intervención sobre el duelo:

□ Rituales funerarios que ayudan a enfrentarse a la muerte: se muestra la pérdida, se permite la expresión pública del dolor, se da publicidad a la pérdida y se permite la solidaridad y de apoyo, despedirse del muerto y que el grupo sigue viviendo.

□ Apoyo y consejo para aceptar la pérdida: asuntos inacabados, elaborar el dolor de la aflicción y para emocionalmente, resituar al ausente fallecido y reanudar la vida

□ En casos de terapia del Duelo Complicado: facilitación de los problemas socioeconómicos, abordaje no solo con el paciente identificado sino familiar, con sesiones facilitadas de expresión de emociones sobretodo de ira y culpa y sobretodo a los varones, usando técnicas como:

- “La silla vacía” (simbolizando con ésta al ausente).
- El libro de memorias.
- El lenguaje evocativo.
- Escribir cartas al difunto.
- Objetos que simbolicen la relación con éste.

(Pereira, 2010).

2.2.8. Pereira y Vanotti manifiestan que si la terapia de duelo es “En exclusiva” para el cónyuge del fallecido y se impide a otros miembros este abordaje terapéutico,

provoca problemas a medio o largo plazo en otros miembros de la familia (Pereira y Vannotti, 2011).

Vannotti menciona que Pereira, partiendo de la definición de duelo de Bolwby, define duelo familiar como “el proceso familiar que se pone en marcha a raíz de la pérdida de uno de sus miembros” (Pereira y Vannotti, 2011, p. 202) y pone en marcha los 6 mecanismos explicados ya en otro apartado de este trabajo.

Un duelo que no está elaborado se transmite transgeneracionalmente. De esta manera, un paciente identificado, por ejemplo un niño, puede ser el que aporte el síntoma, que es en realidad una proyección al hijo y delegación de los temores, miedos y fantasmas de los padres ante un duelo no elaborado, sintiéndose así el hijo investido con una “Misión” que cumple lealmente, a veces encarnando atributos del fallecido, cualidades o defectos, a cambio de ser querido. El síntoma pone en escena el secreto que no puede decirse (Pereira y Vannotti, 2011).

Como las familias que están pasando el duelo tienen necesidad de hablar, es necesario prestar atención no solo al “Legítimo doliente” sino a todos los miembros afectados por la pérdida y animar y ayudar a elaborar el duelo haciendo rituales conjuntos o separados de despedida, para alejarse del fallecido y enterrar el fantasma. (Pereira y Vannotti, 2011)

2.2.9 Cito textualmente a este mismo autor, que en un reciente Congreso de Relates expone que “A veces el doliente asume en exclusiva el proceso de duelo, en él aparece la aflicción y el resto de los miembros de la familia se organizan en este primer momento aunque también están afligidos, no muestran su dolor porque deben cuidar al titular doliente”. (Pereira, 2013)

Desde la perspectiva individual del duelo, se pregunta si esta organización de la familia en torno a un doliente es propio del proceso de duelo funcional o complicado. Apoyándose en Bowlby, la familia atribuiría el papel del doliente con más facilidad por tres motivos:

1. A la persona que ha tenido una relación complicada de apego con el fallecido y desapego como por ejemplo, en pérdidas o procesos depresivos en la infancia, que generan sensación de amenaza y de temor al sentirse amenazada y pueden desarrollar procesos depresivos.
2. A la persona que tuviera alguno de estos factores: personalidad propensa a la aflicción o tener duelos sin resolver de la infancia o haber tenido una enfermedad mental previa, hay riesgo de duelo complicado.
3. A la persona que ha tenido una relación de dependencia con el fallecido

(Pereira, 2013)

Comenta Pereira (2013), que Parkes define el proceso de duelo complicado como una transición psicosocial, cuando es tan grande la discrepancia entre la realidad que construimos y la real, que cuesta mucho ensamblarlas, y como un proceso, un suceso vital significativo, que requiere revisar profundamente la visión del mundo para hacer una transición, para acomodarse a esa nueva realidad. A mayor número de reglas a cambiar, más energía y tiempo requerirá esta transición. Un factor de causa individual del duelo complicado es si el doliente ha causado la muerte.

Desde la comprensión sistémica del duelo, Pereira (2013), lo define como una pérdida, una crisis que el sistema tiene que adaptarse a ella porque pone en riesgo la existencia misma del sistema. Por ello el duelo familiar es el tiempo en el que el sistema debe desarrollar esos mecanismos adaptativos y conductas para sobrevivir como son los sistemas de comunicación (Atrincheramiento frente al peligro externo), el funcionamiento y roles nuevos con la ausencia del fallecido.

El proceso en el que coexiste el proceso de duelo familiar con el proceso de duelo individual, a veces, en el caso del doliente, su proceso de duelo individual no va parejo al familiar, o a veces a la inversa. En determinadas circunstancias el rol del doliente es funcional pero a veces es totalmente disfuncional.

En esta tabla que se puede ver a continuación, Pereira (2013) plantea las siguientes circunstancias que se van a describir, no ayudan a la adaptación a la nueva situación. A continuación se expone dicha tabla. (Tabla N°6)

CIRCUNSTANCIAS QUE NO AYUDAN A LA ADAPTACIÓN FAMILIAR PARA LA NUEVA SITUACIÓN
1. Cuando al “No doliente oficial” se le impide la posibilidad de la elaboración individual de su duelo y expresar sus propios sentimientos, debido a que el doliente oficial tarda mucho y hay que protegerlo y cuidarlo.
2. Cuando el rol del doliente paraliza o congela el proceso de duelo con un fin protector de problemas familiares anteriores, perpetuando la homeostasis del sistema, para que nada cambie en la familia o para no abordar por ejemplo problemas de pareja.
3. Cuando el doliente es el guardián de la memoria del fallecido, y desea que todo permanezca igual, que nada cambie.
Tabla N° 6 (Pereira, 2013)

2.2.10. Según Ramos (2013), el terapeuta familiar, al recibir muchos impactos emocionales del paciente y de la familia, además adjuntada con la crónica de la labor previa de otros profesionales contando el duelo, trata de ir las organizando y vinculando valiéndose de una estructura de historia terapéutica.

“Lo que debería ser el terapeuta familiar en sesión es el historiador de la historia no vivida de la familia, donde a los elementos traumáticos se les quita de un lugar dominante y se les resitúa en un lugar subordinado, para intentar crear una historia verdadera ayudado de elementos actuales que importan a la familia” (Ramos, 2013, p. 82-83).

Termino este apartado parafraseando lo que Ramos (2013) transmite que es que a la familia le ayuda en su proceso de duelo las siguientes actuaciones:

- El transmitirles lo que ya se sabe de la crónica oficial.

- El reformular la crónica con la que es remitida la familia.
- El dejarles expresar los sentimientos.
- El dotarles de competencias para que empiecen a ser los protagonistas del proceso, y ver otras posibilidades de futuro porque el futuro se tiene que hablar en sesión, ya sea con el paciente, con el resto de la familia o todos. (Ramos, 2013).

3. Discusión

La discusión la divido en dos partes. La primera, es que dejando a un lado las diferencias de enfoque en cuanto al duelo en sí, me voy a centrar en las principales diferencias entre los tratamientos que prescriben cada uno de los enfoques en cuanto a las propuestas de tratamiento del proceso de duelo según el tipo de duelo que sea: anticipatorio, normal, retardado o congelado, crónico, o patológico o complicado. Lo haré exponiéndolas en una tabla.

La segunda parte son las aportaciones que yo hago a este tema a partir del análisis de dicha tabla.

A continuación se expone dicha tabla. (Tabla N°7), de elaboración propia, exponiendo las diferentes prescripciones según se escoja uno u otro tratamiento.

<u>Proceso de duelo</u>	<u>Tratamientos prescritos en enfoque individual del proceso de duelo:</u>	<u>Tratamientos prescritos en enfoque familiar del proceso de duelo:</u>
<p>Prescripciones para proceso de Duelo anticipatorio futuro fallecido todavía con vida.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 Hacer duelos anticipatorios aprovechando fallecimientos valorando las propias relaciones actuales y los valores relacionados con el hecho de "Perder". 2 Compartir sentimientos para sentirse entendido y aliviado. 3 Apoyar al superviviente a reorientar la vida y hacer la paz con el pasado propio para vivir con la ausencia del fallecido. 4 Reconocer el pobre lenguaje para consolar a su pervivientes en los primeros momentos del duelo. 5 Dialogar con el futuro fallecido y doliente, alternando silencio y escucha genera serenidad y paz, ayudan a elaborar la pérdida del otro y a concebir mejor la suya propia. 6 Provocar la despedida animando a despedirse verbalizando sentimientos que drenan y hagan conscientemente este último acto 7 Animar a que acuda a grupos de autoayuda en el que se va preparando para la muerte del familiar. 8 Transmitir que ambas partes pasarán por las fases de negación, rabia, negociación, depresión y aceptación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar intervenciones con varias alternativas: Con familia y amigos, a veces con y a veces sin la persona próxima a morir, para aprender a despedirse con y sin el próximo a morir. 2. Realizar el desbloqueo de paradoja que siente la persona próxima a fallecer por la resistencia familiar a que fallezca con un proceso de ritual explícito de despedida de varias sesiones.

<p>Prescripciones para proceso de duelo Normal.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Claves del acompañante: Reconocer y sentir la pérdida, espacio y tiempo para expresar emociones, ayudar a identificar sentimientos, respetar ritmos, aclarar temores, recomendar no tomar decisiones importantes, no regir apoyo de otros, tiempo para estar contigo mismo, aceptarte a ti mismo, no automedicarse y si persisten los síntomas acudir a un terapeuta profesional. 2. Animar e invitar al superviviente a liberarse, relajarse, desahogarse, repararse y ablandarse. 3. Mostrar accesibilidad para consolarlo por el contacto corporal significando solidaridad, generosidad y libertad para que la sea capaz de confiar. 4 .Escuchar activamente invitando a hablar de la pérdida, narrando lo sucedido, trabajando con hechos, imágenes, fotografías. 5. Identificar y expresar sentimientos para convertirlos en aliados. 6. Ayudar a encontrar significado en la pérdida. 7. Ayudar a agradecer al ausente lo que le dio y a vivir sin él recolocándolo emocionalmente en un lugar sano del presente en el corazón y no sintiéndose desleal si reestablece nuevas relaciones afectivas. 8. Interpretar conductas del superviviente como lógicas en el proceso. 9. Permitir las diferencias en los diferentes procesos de duelo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Claves del acompañante: Reconocer factores familiares que inciden en el proceso de duelo: El papel que ejercía el fallecido, la edad, el tipo de muerte, previsibilidad de la muerte y el tipo de relación con cada miembro y sus emociones, los rituales de despedida realizados o no íntimos y sociales. 2. Utilizar la técnica familiar de que realicen rituales funerarios que ayudan a enfrentarse a la muerte, se muestra la pérdida, se permite expresión pública del dolor, se da publicidad a la pérdida y se permite la solidaridad y de apoyo, despedirse del muerto y que el grupo sigue viviendo. 3. Animar a que la familia visite al difunto en el cementerio y hablarlo en sesión. 4. Animar a que la familia escriba cartas que no se envían al difunto trabajables en en sesión y ayudan a construir nuevos significados 5. Técnica de fotografías. 6. Utilizar diferentes similes en la familia para trabajar objetivos concretos para facilitar la comunicación. 7. Utilizar las técnicas familiares de las biografías, o las pérdidas redactadas en 3ª persona, o diarios bien dirigidos terapéuticamente, o dibujos e imágenes del significado de la pérdida que con el feed-back de los demás puede construir otros significados, o epitafios
--	---	---

	<p>10. Animar a que siga rutinas básicas de organización cotidiana.</p> <p>11. Animar a hacer listas de prioridades para no renunciar a la reorganización de su vida.</p> <p>12. Transmitirle esperanza.</p> <p>13 .Potenciar que realice rito y ceremonia pública de despedida bien preparados donde se recibe condolencias.</p> <p>14. Derivar a especialista si es necesario.</p> <p>15. Si el superviviente es un menor: Elegir prontamente una persona que le de confianza y seguridad para poder derrumbarse, con gran explosividad de sus expresiones de sentimientos, elegir lenguaje adaptado al menor para decir prontamente la verdad, el no regreso del fallecido, con respuestas precisas, simples y directas, y con fluidez emocional para ayudar a que exprese los sentimientos. Acudir al funeral, mostrar fotos o narrar recuerdos del difunto.</p> <p>16. Utilizar diferentes herramientas conductuales para combatir según qué tipo de sentimiento se observe en la superviviente.</p>	<p>8. Utilizar historias metafóricas o parábolas que narran la pérdida y ayudan a dar al duelo su significado.</p> <p>9. Utilizar la técnica de la lectura reflexiva de libro con guión de preguntas posterior a responder, libros de recuerdos y la persona construye historia nueva con el ser querido ausente,</p> <p>10. Utilizar la técnica de objetos de vinculación seleccionados en familia y bien colocados en la casa.</p> <p>11. Utilizar la técnica de la peregrinación personal o familiar a algunos lugares significativos para el ausente.</p> <p>12. Animar en familia a hacer poesía del significado de la pérdida para reencontrar el significado,</p> <p>13. Utilizar la técnica de crear rituales o acciones simbólicas familiares de todo tipo periódicamente o no, que ayuden a que los vivos recuerden y se reencuentren dando significado en el presente.</p>
<p>Prescripciones para proceso de duelo retardado o congelado.</p>	<p>1 Utilizar diferentes herramientas conductuales para combatir según qué tipo de sentimiento se observe en la superviviente.</p> <p>2 Ayudar a los padres a gestionar el dolor y los hijos aprenderán a gestionar su dolor, en el caso de la muerte de un hijo.</p>	

<p>Prescripciones para proceso de duelo crónico</p>	<p>1. Utilizar diferentes herramientas conductuales para combatir según qué tipo de sentimiento se observe en la superviviente.</p>	
<p>Prescripciones para proceso de duelo patológico o complicado.</p>	<p>1. Utilizar diferentes herramientas conductuales para combatir según qué tipo de sentimiento se observe en la superviviente.</p> <p>2. En cada sesión “recorrer” espacios temporales para elaborar emociones, integrar pérdidas y proyectar cambios y metas: Pasado y su expresión de sentimientos y recuerdos, Presente y su análisis facilitando tomar decisiones, y futuro con acuerdo claro y simple de realización de conductas orientadas a la autonomía, integración y salud.</p> <p>3. Utilizar las redes profesionales de asistencia formados para “Acompañar individualmente en los duelos” o crear grupos de ayuda mutua o servicios especializados para el duelo.</p>	<p>1. Utilizar las siguientes claves para el acompañante: Importancia a la facilitación de los problemas socioeconómicos y al abordaje individual y familiar, con sesiones facilitadoras de emociones (Ira y culpa)</p> <p>2. Animar a la familia a ver el cuerpo, darle sepultura, concretar rituales de despedida como un funeral para mostrar un cambio en la vida de ellos y participar en grupos de ayuda mutua en catástrofes, para aceptar la pérdida.</p> <p>3. Utilizar la técnica familiar de objetos que simbolizan la relación con el difunto.</p> <p>4. Utilizar técnica de La silla llena (“No hay más silla llena que la silla vacía del ausente”) para ver la relación que cada miembro tiene con el ausente, para cosas pendientes, y para que el hijo parentalizado le exprese emociones.</p> <p>5. Utilizar técnica a la familia de cartas al difunto para expresar emociones y en sesión se guía a expresarlas.</p> <p>6. Utilizar técnica a la familia de visitas al cementerio o lugares de repercusión emocional para dejar la carta.</p> <p>7. Utilizar técnica de programación de encuentros con familiares evitando soledad.</p>

		<p>8. Utilizar técnica de visualizaciones positivas familiares del fallecido.</p> <p>9. Utilizar técnica de trabajo familiar con fotografías.</p> <p>10. Utilizar técnica del libro familiar de cuentas entre roles y dependencias que no puede cerrarse satisfactoriamente si el balance está desequilibrado</p> <p>11. Utilizar paradojas en las normas que impidan la autoperpetuación del duelo.</p> <p>12. Utilizar técnica familiar de narrativas o un libro de memorias de un pasado nuevo para ofrecer perspectiva inédita de la experiencia actual.</p> <p>13. Utilizar las vivencias del terapeuta para comunicar en lenguaje evocativo experiencias íntimas para que cada miembro familiar haga resonancias y pueda expresar su proceso..</p> <p>14 Utilizar el “Duelo operacional” en sesiones terapéuticas familiares donde se activa la empatía entre los miembros al escucharse los sentimientos.</p> <p>15. Utilizar la técnica familiar del ritual de realizar una acción placentera prescrita para que emergan emociones.</p> <p>16. Utilizar la técnica familiar de animar a que acudan a campañas de ayuda a personas carenciadas.</p>
--	--	--

<p>Prescripciones para proceso de duelo en circunstancias muy difíciles.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Animar a los padres a que vean al bebé fallecido, lo toquen o lo tengan en brazos. si la pérdida es en el parto o poco después. 2. Animar a los padres a que visiten frecuentemente al hospital al bebé enfermo, a que participen en su cuidado y a que estén presentes con él cuando fallece. 3. Animar a no tomar decisiones drásticas en los padres si la muerte es de su hijo/a pequeño. 4 Escuchar mucho en caso de suicidio, despierta sentimientos de culpa, fracaso, confusión, de traición por la dedicación y rabia. 5. Apoyar mucho en caso de orfandad, despierta desorientación por paralización del modelo a seguir 6. Escuchar activamente en casos de secuestros y asesinato sin cadáver, que provoca en el superviviente un duelo patológico. 7. No juzgar en caso del aborto, que provoca vivir en soledad la experiencia de culpa y fracaso. 8 Utilizar técnicas como escribir cartas, visualizar, escribir listas, hablar en voz alta, soltar amarras, agradecer y mirar al futuro, y carta de despedida, en casos de procesos de duelos con asuntos inconclusos (Aborto, suicidio, remordimiento por cosas que se hicieron o se omitieron o se dijeron o se callaron). 	
	<p>(Tabla N°7, de elaboración propia).</p>	

A continuación, sirviéndome de esta tabla diferenciadora de las prescripciones en los diferentes modelos, trato de realizar la segunda parte de la discusión, que es la de poner mis aportaciones y personales propios puntos de vista sobre esta discusión.

Mi primera aportación es una consideración general, que es que siguiendo las aportaciones teóricas y experimentales descritas y las prescripciones planteadas por cada uno de los tratamientos, a fecha de hoy, a tenor de las fechas de los autores estudiados, siguen coexistiendo los dos modelos de tratamiento, según el énfasis que se pone en un factor o en otro, en el proceso de duelo individual o en el proceso familiar del duelo. Desde la psicología clínica clásica, se pone más énfasis en las características personales del sujeto y por ello nos encontramos con los diferentes estudios psicológicos aportados en el que el abordaje es individual. Sin embargo, más recientemente, poco a poco, estos estudios se han ido completando con otros estudios en los que en el abordaje están incluidos otros miembros del núcleo familiar, desplazándonos así a estudiar además de los aspectos individuales, también los más familiares y sociales.

Otra contribución es que entre las dos aportaciones, la del tratamiento individual y la del tratamiento familiar del proceso de duelo, existe un elenco o batería de recomendaciones y prescripciones bastante amplia para cada uno de los tipos de duelos en los que una familia o individuo puede estar afligida en este momento de crisis esperada en su ciclo vital. No obstante, el hecho de tener a mano o conocer tantas herramientas útiles, no debe cegar a la persona que acompaña o al terapeuta tanto si es un claro ejemplo de proceso de duelo, o cuando no lo es tanto, y uno de los miembros de la familia comienza otro malestar o síntoma, y soterradamente, ha tenido que ver un tipo de duelo no tratado en su momento, o congelado, o complicado.

Por otra parte, otro tributo mío es que según los autores estudiados, en cuanto al número de prescripciones, dándonos una pista acerca de en qué tipo de duelo han teorizado más sobre la praxis, se puede concluir que el modelo de tratamiento del duelo en la familia afligida solamente tiene más prescripciones que en el individual, en el tipo de duelo complicado o patológico. Este hecho no es casual sino que quizás a consecuencia de que se puso el acento en la intervención de manera individual con el o la “doliente oficial o titular”, a la persona a la que se le tenía que cuidar, éste hecho, hace que otros miembros de la familia no hayan tenido el suficiente espacio personal y apoyo psicológico para poder elaborar su duelo también, y consecuentemente a lo largo del proceso, se haya convertido ese duelo potencialmente normal, en un duelo de marcado carácter “patológico o complicado”.

Habiendo observado que algunos autores y autoras de cada una de las dos perspectivas también aportan alguna prescripción de la otra perspectiva, quiero aportar que para el tratamiento del proceso de duelo sería más ventajoso para los individuos y las familias, el que los y las terapeutas traspasáramos este paradigma excluyente de tener que optar por una de las dos opciones (Tratamiento individual versus familiar), y fuésemos abrazando otra perspectiva más inclusiva, en la que se pudieran integrar las dos perspectivas y sus baterías de prescripciones. Probablemente, las familias agradecerían el que trabajáramos de esa manera, pues redundaría en el mayor beneficio de la salud mental de todo el sistema familiar y suprafamiliar.

Es más, ahondando más en esta idea, otra aportación mía es que pensando en el que las sociedades vayan ganando más cotas de bienestar y ello implica también el ámbito de la salud individual y familiar, quizá ganaría la sociedad si terapeutas que ya tienen un reconocimiento dentro de la profesión y dentro de la comunidad científica, por sus aportaciones en revistas de divulgación científica de la rama terapéutica,

introdujeran o abanderaran más fuertemente la realización de, por ejemplo, unas Jornadas de trabajo o Simposio en los que se pudiera poner en positiva discusión ambas corrientes y simultáneamente realizar un trasvase de información de buenas prácticas, para estimular y potenciar un nuevo enfoque, más integrador de las dos corrientes e ir creando esa corriente terapéutica más inclusiva.

Otra aportación es que lo abanderen terapeutas que todavía no tienen labrado ese prestigio profesional, pero para que sea viable la propuesta, pero deben estar avalados por alguno o alguna de las que sí lo tienen. De esa manera puede que se vaya abriendo campo de trabajo para nuevas generaciones, y de esta manera que vaya continuándose así, el acervo científico.

4. Conclusiones

A continuación, intentaré entresacar las conclusiones de los apartados anteriores en cuanto a la complementariedad de los dos enfoques o en los mayores beneficios que puede determinar decantarse por uno u otro enfoque siempre que el o la paciente identificada esté inmersa en una familia.

Paso a ir desgranando las conclusiones a las que llego después de ver las dos corrientes terapéuticas con respecto a cómo tratar procesos de duelo son:

1ª. Todo proceso de duelo de aflicción de la familia por fallecimiento, ya sea tratado desde una perspectiva individual o desde una perspectiva familiar, debe de tener claro en su tratamiento, que independientemente de qué tipo de aflicción por duelo esté pasando la persona y/o la familia (normal, congelado, complicado), en ambas perspectivas están minuciosamente descritas las fases del proceso de duelo individual o familiar.

2ª. Para todo proceso de duelo de aflicción de la familia por fallecimiento, cualquiera que sea el tipo de duelo, debido y gracias a la teorización de la praxis realizada por los y las terapeutas y debido a la difusión de las prescripciones a nivel

ciudadano o a las tratadas en el espacio terapéutico, se ha ido confeccionando un gran abanico o crisol de prescripciones. Una buena y seria elección de las prescripciones escogidas será un excelente predictor para que en un futuro no haya miembros del núcleo familiar convivencial que tengan el proceso de pasar de un duelo potencialmente “Normal” a un duelo patológico o complicado o congelado.

3ª. Todo proceso de duelo de aflicción de la familia por defunción, si el núcleo convivencial familiar está compuesto por más miembros que el llamado “doliente oficial” (Ej. Pareja del fallecido, padres del niño fallecido), y el estilo del tratamiento es del tratamiento exclusivo para esa persona que ostenta visiblemente el dolor y que a ojos de todos es la persona o personas que lógicamente peor lo está pasando, puede ser un predictor de que en un futuro haya un “duelo complicado o patológico” de algún otro miembro de la familia y que este miembro ostente el síntoma y sea el o la paciente identificada debutando con dolencias o patologías individuales que la historia oficial de la familia narra como totalmente independientes, como si nada tuviera que ver con el proceso de duelo por el fallecimiento de ese familiar, sobretodo cuando la defunción y su duelo ya quedaron bastante atrás en el tiempo..

4ª. Todo proceso de duelo de aflicción de la familia por fallecimiento que sea tratado desde una perspectiva más inclusiva, donde están integradas las dos perspectivas y sus prescripciones, será un buen predictor de que en un futuro no haya en la misma familia la situación de que otros miembros de la misma, tengan procesos de duelos complicados, crónicos o congelados, que estén, ocultamente provocados por el defectuoso proceso de duelo por la aflicción por el fallecimiento de aquella persona querida.

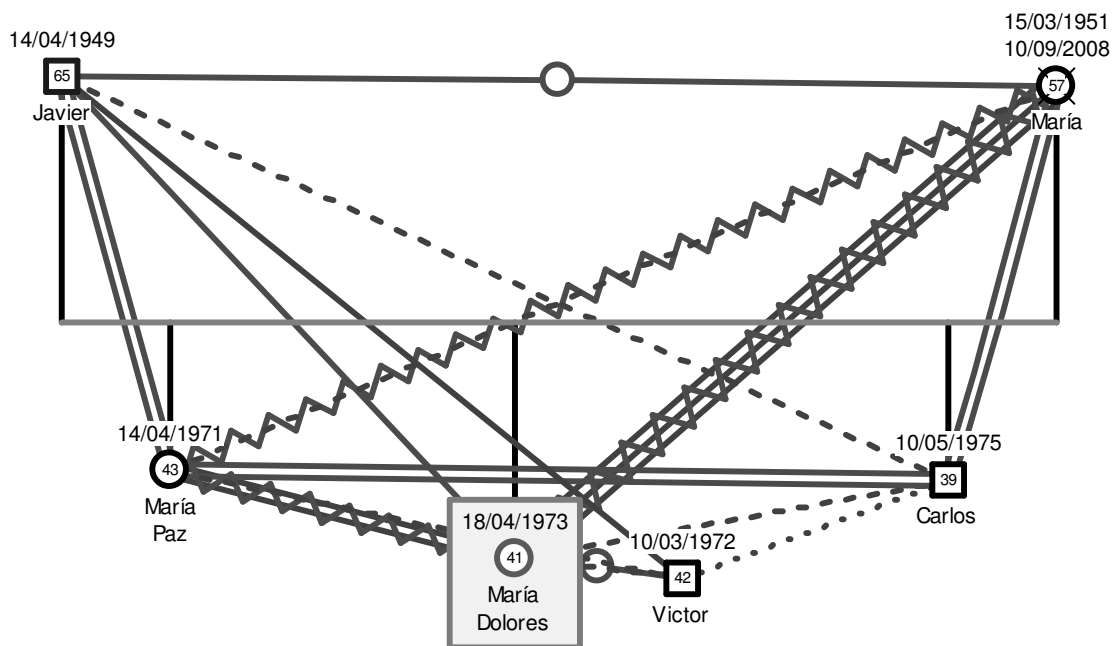
Ahora con estas conclusiones voy a intentar aplicarlas ilustrándolas en un caso práctico.

5. Caso Práctico

En este apartado intentaré ejemplificar mediante la descripción y comparación de los resultados que una familia afligida que ha sido tratada con el enfoque individual y qué resultados, quizás, además se hubieran podido obtener también si se hubiera aplicado también el enfoque familiar para este tipo de aflicción.

5.1. La familia: Perez Gonzalez.

El genograma de la familia es:



Nos encontramos ante una familia nuclear que está compuesta por:

Javier, el padre: Hombre, nacido y residente en Pamplona, actualmente tiene 65 años, con estudios básicos, casado con María en 1970 cuando tenía 21 años. Enviudó hace 6 años cuando él tenía 59 años, con sus 3 hijos que conviven con él, comparte una vivienda en propiedad y compartió con su fallecida mujer la regencia de un modesto local de hostelería en el Casco Viejo de Pamplona, cercano a donde residen, hasta su jubilación anticipada hace cuatro años. Ha sido una constante en su vida el tener problemas derivados de altos consumos de alcohol estando actualmente asintomático.

Como se ve en el genograma, la relación con su esposa fue amorosa pero más de demostraciones con hechos, que con demostraciones de afecto físico o verbal. La relación con su hija mayor es de amistad cercana, con la hija mediana, de armonía, con el hijo menor es distante y con la pareja de la hija mediana, la Paciente Identificada o Designada, es normal.

María, la madre: Mujer, nacida y residente en Pamplona, con estudios básicos, se casó con Javier en 1970 con 19 años, compartió con su marido la regencia de un modesto local de hostelería en el Casco Viejo de Pamplona, cercano a donde residía hasta su fallecimiento en 2008 con 57 años, tras 2 años duros de sentirse incapacitada por tener que haber sido cuidada por los efectos de los procesos sufridos de los periodos de radioterapia y quimioterapia para intentar atajar el cáncer de colon de tipo 3 que se le detectó y empezó a tratar a tiempo. La forma que ha tenido de demostrar el amor a sus hijos e hijas ha sido más de hechos (trabajar mucho para generar dinero para que tengan recursos como las necesidades básicas, estudios,...) pero no complementado con una buena rica comunicación emocional. Ha sido una constante el tener problemas con su marido por problemas derivados de altas cantidades de dinero destinadas al juego de azar y bingo. Como se ve en el genograma, la relación con su esposo fue amorosa pero más de demostraciones con hechos, que con demostraciones de afecto físico o verbal. La relación con su hija mayor era distante/hostil, con la hija mediana, fusional/hostil, con el hijo menor amistad cercana y no conoció a la pareja de la hija mediana, la Paciente identificada.

M^a Paz, la hija mayor: Mujer, nacida y residente en Pamplona en 1971, con 42 años, con estudios de Formación de Grado Medio rama "Peluquería", con la que lleva trabajando en diferentes establecimientos de peluquería y muy reconocida. Vive en casa y dentro de poco se emancipará a una vivienda de protección oficial a un barrio de la propia Pamplona. De carácter amable, positiva, tiene una mayor comunicación emocional que el resto y no ha tenido ningún problema conductual. Como se ve en el genograma, la relación con su padre es de amistad cercana, con su madre fue

distante/hostil, con la hermana menor, la Paciente Identificada, distante, con el hermano menor, amistad cercana, y con la pareja de la hermana menor indiferente.

Carlos, el hermano menor: Variando el orden, y dejando para el final a la paciente identificada, es un hombre, nacido y residente en Pamplona en 1975, con 39 años, con estudios de formación primaria, con lo que le ha llevado a alternar sus periodos de desempleo con momentos de trabajar en diferentes establecimientos de hostelería, por las habilidades aprendidas en el establecimiento de la familia, con participación en programas de Empleo Social Protegido municipales. Actualmente en desempleo, vive en casa sin posibilidades de emancipación a corto plazo. De carácter abierto pero con una pobre comunicación emocional, ha tenido problemas de consumos variados pero últimamente asintomático. Como se ve en el genograma, la relación con su padre es distante, con su madre fue de amistad cercana, con la hermana mayor de amistad cercana y con su hermana siguiente, la Paciente Identificada, distante y con su pareja también distante.

M^a Dolores, la paciente identificada: Mujer, nacida y residente en Pamplona en 1973, con 41 años, con estudios de Magisterio en Educación Infantil, la única que ha cursado estudios superiores no apoyada por sus padres, no ha ejercido nunca de ello, le ha llevado a trabajar en establecimientos de hostelería y a opositar y sacar plaza en las oficinas de Correos con destinos en varias localidades y en una de ellas, Estella, donde residió un tiempo, pero tuvo que regresar por múltiples deudas por ludopatía. Actualmente trabaja en la oficina de Correos de un pueblo de Navarra pero ha regresado a casa y con pocas posibilidades de emancipación a corto plazo, quizás a Burgos, donde reside su pareja, pero han postergado la decisión a su recuperación del tratamiento actual. De carácter cerrada y con pobre comunicación emocional, ha tenido problemas de ludopatía y de depresión, actualmente tratada y diagnosticada por la psiquiatra del Centro de Salud Mental de su barrio, acudiendo a una Asociación de Ludópatas de Pamplona con terapias individuales y grupales, yendo a unas sesiones de "Teatro terapéutico" y yendo a una consulta de psicología privada. Como se ve en

el genograma, la relación con su padre es de armonía, con su madre fue de fusión/hostil, con la hermana mayor distante, con el hermano menor, de indiferencia y con su pareja de amor, pero también distante en lo comunicacional de sentimientos.

5.2. Lo acontecido, desde un enfoque individual del proceso de duelo.

DERIVACIÓN REALIZADA

¿Quién deriva el caso?: En noviembre de 2008, el médico de Atención Primaria del paciente Javier Pérez, en su día, de 59 años, es derivado a la red de Salud Mental que le corresponde para que le trate el profesional de psiquiatría y psicología. Ningún otro miembro de la unidad familiar es tratado.

¿Cómo se ha producido la derivación? Tramitación ordinaria de derivación.

¿Por qué se ha derivado a este servicio? Porque se ve necesario realizar un tratamiento de apoyo individual y personal a un paciente de dicho centro de salud para que sea tratado individualmente por ambos profesionales para apoyarle en su proceso de duelo no complicado pero que necesita apoyo, por la aflicción de un ser querido, en este caso, su esposa, con la que estuvo casado conviviendo con ella 38 años. con medicación para conciliar el sueño y estrés recetada por el psiquiatra, y para unas sesiones de apoyo psicológico individual ante la falta de su esposa, para poco a poco ir pasando todas las fases del duelo hasta llegar a situarle mejor a la ausente en su corazón y llegar a una nueva reorganización personal.

DEMANDA

¿Quién hace la demanda? La hace la hermana mayor, que le acompaña al padre, a Javier, al médico de atención primaria y éste hace la demanda a la Red de salud mental, con tratamiento individualizado del duelo no pareciendo complicado por la persona afligida.

¿Cómo se ha hecho? Derivación del medico de atención primaria por vía ordinaria a la red de salud mental.

¿Por qué se demanda la intervención? Porque se ve necesario para mejorar el

estado de salud mental del paciente.

¿Qué "encargo" viene junto con la familia?: Ninguno más, parece que el resto de la familia ya irán asumiendo poco a poco la muerte de la madre, parecen asintomáticos en estos dos primeros meses después del fallecimiento de la madre.

¿Cuáles son las expectativas de todos los miembros del sistema? Las expectativas de todos los miembros del sistema, incluidos hijos y familia extensa, son que Javier, el padre, sea derivado y tratado ya que parece estar en una depresión, por medio de apoyos ya sean medicamentos y si hace falta complementado con sesiones con psicólogos de la red de salud Pública.

La definición del problema

¿Cuál es el problema planteado?: Proceso de duelo no complicado por proceso depresivo al someterse el paciente al sobrevivir al fallecimiento de su esposa.

Antecedentes: Ninguno, ha sido una relación amorosa con un buen vínculo emocional pero con pocas manifestaciones de los sentimientos.

¿Cómo ha evolucionado el problema? Ha evolucionado de una manera negativa, desde que hace 2 meses falleció su esposa, se le han manifestado sentimientos de miedo, incredulidad y bloqueo al haber pasado la enferma de una evolución positiva de que ella pasaba de la Unidad de Cuidados Intensivos a Planta del hospital, a que en unas horas se complica el cuadro clínico con una inesperado y rápido fallecimiento. Por eso se le acrecienta un sentimiento de angustia, tristeza.

¿Qué soluciones se han intentado?: Informalmente y sin apoyo institucional, apoyo de la red de contactos vecinales.

Hipótesis diagnóstica

Hipótesis relacional: No existe, es un problema de tratamiento individual.

Función del síntoma: paso de ciclo a otro momento vital de la persona.

La intervención

Objetivos planteados: Tratar de corregir los sentimientos derivados de la depresión

por el fallecimiento de su esposa.

Técnicas empleadas: Me consta que desde el servicio de psicología aplicaron varias de las técnicas planteadas anteriormente y las podemos observar en la siguiente tabla 8:

Contra el Sentimiento	Herramientas conductuales utilizadas
Miedo	Mirar la vida con gafas nuevas, con cristales de esperanza.
Incredulidad y bloqueo	Guía del laberinto de los espejos para encontrar la salida.
Tristeza	Técnicas para quitarse el monóculo de la tristeza.
Soledad	Relación de diferentes estaciones de diferentes soledades del tren, para realizar un recorrido correcto por itinerario alternativo que llega a una soledad fecunda.
Paralización de toma de decisiones	Guía para ejercitarse en la toma de decisiones”; contra las pulgas internas o fallos internos tipo pensamiento polarizado, sobregeneralizado, catastrofismo, debeísmo “Remedios para combatirlas”.
(Tabla 8: De elaboración propia)	

Me consta además, que de las prescripciones que se plantean en un tratamiento individual, han utilizado las de:

- Animarle e invitarle a liberarse, relajarse, desahogarse, repararse y ablandarse.
- Se le invitó a hablar de la pérdida, narrando lo sucedido, trabajando con imágenes y fotografías.
- Se trató de que identificara y expresara los sentimientos para convertirlos en aliados.
- Se le ayudó a encontrar significado en la pérdida.
- Se le trató de ayudar a agradecer al ausente lo que le dio y a vivir sin él recolocándolo emocionalmente en un lugar sano del presente en el corazón y no sintiéndose desleal si reestablece nuevas relaciones afectivas.
- Se le animó a que siguiera rutinas básicas de organización cotidiana.
- Se le animó a hacer listas de prioridades para no renunciar a la reorganización de su vida.

Evolución: En un plazo de 12 meses ya fue dado de alta de el episodio del duelo pues el paciente había llegado a la última fase de su proceso individual de este duelo no complicado, a su propia reorganización personal, habiendo remitido la depresión y los sentimientos que le afligían.

Así que podríamos decir que ha sido un buen tratamiento y buenas prescripciones planteadas para el proceso de duelo.

Ahora bien, nos podemos preguntar qué ocurrió en ese tiempo, mientras duraba y finalizaba el proceso de apoyo de la persona que juega el papel de ser el “doliente oficial”, el padre, es decir, hasta noviembre de 2009 o incluso hasta la actualidad, con el resto de miembros de la familia nuclear, sus dos hijas e hijo. **¿Cómo ellas y él han vivido su propio proceso de duelo de su madre? Veámoslo.**

Para la hija mayor, M^a Paz su proceso de duelo se puede identificar como “Normal” puesto que no ha tenido ninguna repercusión psicológica traumática que le haya impedido al cabo de un cierto tiempo retomar su vida normal y al cabo del tiempo, acabar recolocando a su madre ausente en un lugar sano del presente en su corazón y seguir para adelante con sus proyectos vitales.

Para el hijo menor, Carlos, su proceso de duelo se puede identificar también como “Normal” puesto que no ha tenido ninguna repercusión psicológica traumática que le haya impedido al cabo de un cierto tiempo retornar a su vida cotidiana, lidiando entre sus periodos de desempleo y trabajo, retomando sus amistades vecinales y como la hermana mayor, al cabo del tiempo, acabar recolocando a su madre ausente en un lugar sano del presente en su corazón y seguir para adelante.

Sin embargo, para la hija del medio, M^a Dolores, su proceso de duelo no se puede identificar como “Normal” puesto que en ella sí ha habido bastantes repercusiones psicológicas traumáticas que a fecha de hoy todavía le impiden retomar

su vida normal recolocar a su madre ausente en un lugar sano del presente en su corazón y seguir para adelante con sus proyectos vitales.

Parafraseando a Pereira, se puede analizar a esta familia observando los 4 puntos de abordaje de la reorganización de esta familia tiene que hacer:

1. En cuanto a la reorganización de los sistemas comunicacionales con sus patrones y papeles en la transmisión de la información y establecer nuevas vías: es una familia con pocas habilidades comunicacionales, con pocos canales de comunicación abiertos. Además, la madre fallecida, tenía mucha importancia en la comunicación familiar, ocupaba un papel activo, central y facilitador de la comunicación intrafamiliar, aunque no emocional. También, su muerte fue repentina y brusca y no permitió ir estableciendo canales alternativos de comunicación que permitieran una más rápida reorganización de los sistemas comunicacionales.
2. En cuanto a la reorganización de las reglas del sistema, patrones de conducta, reglas familiares y su flexibilidad para modificarlas y capacidad para mantener una estructura familiar definida, establece la viabilidad del sistema familiar. Las nuevas reglas requieren bastante tiempo en esta familia ya que había muchas a modificar pues la madre ocupaba un lugar central, su muerte fue brusca y no permitió una paulatina adaptación de las reglas familiares y se produjo en un momento del ciclo vital familiar en un momento de negociación de nuevas reglas y por ello hubo más dificultades para reestructurarlas.
3. En cuanto a la redistribución de roles, papeles entre los miembros de la familia (quién se encarga de qué, quién tiene la responsabilidad sobre esta y esta otra cuestión, quién tiene la autoridad y en qué áreas), como la madre jugaba el papel central y de ligazón familiar, generó conflictividad y alguno de los roles maternos fueron asumidos por la hija mediana, estando

cercana a tener el síntoma del hijo parentalizada (Podría ser llamado más bien “marentalizada”).

4. En cuanto a la adaptación de esta familia a su nueva realidad, su flexibilidad para adaptarse a cambios, es más cercana a ser una familia rígidamente homeostática y por ello tiene bastantes dificultades para adaptarse a la nueva realidad, se ve en lo descrito en los tres puntos de abordaje anteriormente analizados.

En las 4 etapas típicas descritas por los autores, del duelo familiar, en la 1ª, en la aceptación familiar de la pérdida, favoreciendo la expresión de la aflicción de todos los miembros, hay problema porque se focaliza el duelo en un miembro de la familia, dificultando que al menos, Mª Dolores, manifieste su propio proceso de duelo. En la 2ª, Mª Dolores no llega a aceptar definitivamente la pérdida, por lo que ella no ha llegado a la 3ª etapa, no reorganizando la relación con el medio externo y ella continúa sin abrir nuevos canales de comunicación y reasignándose nuevos roles, y mucho menos ha llegado a la última y 4ª etapa, la reafirmación del sentimiento de pertenencia al nuevo sistema familiar emergente y la aceptación plena de una nueva etapa familiar. Mª Dolores no ha aceptado la nueva estructura familiar organizada de una manera distinta aunque ella reemplaza a su madre ausente en roles que hacía (Adicción al juego).

Siendo así el estado de las cosas, para ayudar a la comprensión de Mª Dolores, merece la pena que se haga un recorrido por los hitos importantes de su vida

- Ya desde niña y adolescente, es una persona de carácter más bien cerrada y con pobre comunicación emocional, con una relación fusional/hostil con su madre, con una escasa comunicación emocional, sufriendo un maltrato psicológico provocado por la madre, que a los 17 años de Mª Dolores, no le apoya en nada para que estudie y a los 22 cuando acaba, no le apoya nada para que haga valer sus estudios de

Magisterio en Educación Infantil conseguidos para encontrar empleo de ello. No solo por ello pero ha influido, no ha ejercido y ha trabajado en ocupaciones cercanas a lo que ella se ha formado, y sí cercanas a la ocupación de su madre, de hostelería, tiempo en el que la madre, por aquello de acercarse a ella, le ofrece una actividad que le es placentera a la madre, y poco a poco, le inicia en el juego, (Salas de juegos, bingo), hasta que a los 29, para salir de ese mundo de hostelería y poder hacer un proceso de autonomía, estudió, opositó y sacó una plaza en Correos. De ese modo trabaja desde entonces.

- A los 32 años, con un traslado de destino, va a trabajar a un pueblo y se independiza por fin yendo a vivir a un piso de alquiler a esa localidad.

- Afincada allá, cuando tiene 34 años, comienza una relación con un joven de su edad que es y vive en Burgos capital y que casualmente coincide con los patrones familiares de poca comunicación afectiva. Sin embargo, casi a la par, la madre empieza a estar hospitalizada y tras un año y medio de enfermedad de la que parecía que iba a recuperarse, fallece repentinamente cuando M^a Dolores tiene 36 años.

- Desde este momento comienza su duelo complicado. A los 36 años. Siguiendo lo reflexionado por Pereira, el tipo de duelo de M^a Dolores es más bien patológico, con pérdida inesperada porque fue el mismo día que el hospital la bajaban de la Unidad de Cuidados Intensivos a planta porque mejoraba de su cáncer, tuvo incompresiblemente una gran recaída que derivó en su fallecimiento, pero no llega M^a Dolores a un estado de shock. Por otro lado, por la relación tan fusional/hostil que ella tuvo siempre con su madre, incluido el maltrato emocional hacia la hija por no apoyarla en sus determinaciones formativas y emocionales, introduciéndole en las actitudes del juego que a la postre le llevan a la ludopatía, ha tenido un síndrome de duelo ambivalente, no sabiendo M^a Dolores si siente más pena o alivio por no tener que aguantar más esta situación de ella con su madre. Finalmente se ha convertido en un duelo de larga duración o crónico, durando ya más de 2 años, lleva cinco para seis a fecha de hoy.

- M^a Dolores posee estos factores de riesgo como para considerarse que está frente a su proceso de duelo más bien complicado: La relación con su madre era ambivalente (relación amor/odio, con abusos), ella es propensa a la aflicción, con personalidad insegura, con baja autoestima, con excesivos autorreproches, y con grave incapacidad para expresar sentimientos. Además, en cuanto a las circunstancias sociales, la familia tiene frágiles sistemas de apoyo y medio-bajo estatus socioeconómico.

- A los 39 años, yendo bien la relación con el novio, habían decidido dar pasos hacia construir un “Nido” juntos, con traslados laborales incluidos o ella a Burgos o él a Pamplona, pero la decisión se posterga pues M^a Dolores cae en una depresión tras 3 años de ocultamiento de una doble vida que sigue ocultando, que es el tener las conductas parentalizadas o marentalizadas de aficionarse al juego, como le enseñó y aficionó su propia madre. Así, llegó a acumular un montón de deudas debido a los préstamos que no devuelve a compañeras de trabajo, alguna que otra sustracción de pequeñas cantidades de dinero y de unos cuantos impagos del alquiler del piso donde reside.

- De esta manera, aparece una derivación individual de un nuevo paciente del médico de Atención Primaria a la red de salud Mental motivada por una depresión, teniendo como base oculta la ludopatía y como previo a todo ello más oculto aún, un duelo complicado de la muerte de su madre llegando a ser crónico, que no se aborda. Se repiten los pasos del caso.

DERIVACIÓN REALIZADA

¿Quién deriva el caso?: En noviembre de 2011, el médico de Atención Primaria del la paciente M^a Dolores Pérez, en su día, de 38 años, es derivada a la red de Salud Mental que le corresponde para que le trate el profesional de psiquiatría por un episodio depresivo.

¿Cómo se ha producido la derivación? De manera ordinaria.

¿Por qué se ha derivado a este servicio? Porque se ve necesario realizar un tratamiento de apoyo individual y personal a una paciente de dicho centro de salud para que sea tratada individualmente por la psiquiatra por un proceso depresivo con medicación para conciliar el sueño y estrés.

DEMANDA

¿Quién hace la demanda? La hace la hermana M^a Paz, que le acompaña a su hermana M^a Dolores al médico de cabecera y éste hace la demanda a la Red de salud mental, para tratamiento de depresión.

¿Cómo se ha hecho? Derivación del médico de atención primaria por vía ordinaria a la red de salud mental.

¿Por qué se demanda la intervención? Porque se ve necesario para mejorar el estado de salud mental de la paciente.

¿Qué "encargo" viene junto con la familia?: Que la familia no sabe a qué puede ser debido este estado depresivo, tiene desinformación total de la vida de su hermana desde que se fue a vivir al pueblo donde está destinada trabajando. Sospechan que hay algo que oculta del motivo de su estado emocional, que no logran sonsacarle a M^a Dolores qué es realmente lo que le está ocurriendo.

¿Cuáles son las expectativas de todos los miembros del sistema? Que M^a Dolores, la que tiene el problema, sea derivada ella solamente y se tratada de una depresión diagnosticada en la red de salud Pública.

- Simultáneamente, M^a Dolores con 39 años, y su pareja postergan la decisión de ir a vivir juntos a la recuperación de su depresión.

- 6 meses más tarde, después de seguir ocultando su ludopatía a la psiquiatra, fruto al trabajo de un acompañamiento individual de una amiga, M^a Dolores le confiesa a su amiga la ludopatía y sus innumerables deudas. El reconocimiento y valentía que la amiga le transmite, le da las fuerzas a M^a Dolores para decírselo a su pareja exponiéndose a que quizás la abandonara. Sin embargo, recibe de él un apoyo

incondicional y le aconseja que se ponga en manos de quienes puedan tratar la adicción al juego.

- 2 semanas más tarde, M^a Dolores da el paso de llamar a la asociación de ludópatas de Navarra y por considerarse un “caso de urgencia”, comienza unas sesiones intensivas con la psicóloga y posteriormente con unas sesiones grupales semanales. Ello le lleva a una serie de compromisos económicos y de retorno a su domicilio familiar del pueblo a Pamplona, y de devolución de los impagos con las nóminas que recibe por su trabajo.

- Con 40 años, continuando con la asociación, guiada por sus impulsos, comienza a acudir a unas sesiones de “Teatro terapéutico” donde a los asistentes se les ayuda a conectar y a expresar emociones.

- 6 meses más tarde, con las dificultades que tiene de relacionarse con las personas, le provocan que esta amiga ya no pueda tener la relación de amistad que tenía con ella y le hace un desafío que es que se aparta de ella porque no tiene las herramientas psicológicas para tratarla, y le ofrece la oportunidad de conectarla con un psicólogo particular de corriente no sistémica en una consulta de psicología privada

- Llegando a la fecha de hoy, M^a Dolores, con 41 años, sigue residiendo en su casa con su familia, con unas reglas estrictas económicamente, continúa con la relación de pareja, con las citas espaciadas con la psiquiatra, con las citas con la psicóloga de la asociación de ludópatas, además siendo ya parte integrante de la Junta de dicha asociación y ejerciendo labores de voluntaria, con las sesiones de teatro terapéutico donde expresa emociones y con las sesiones de tratamiento individual con el psicólogo particular.

- Pero sobretodo, en todo este proceso, con todos estos recursos movilizados y que desgraciadamente no están en red, se tratan problemas importantes en la vida de M^a Dolores como son la ludopatía, la depresión y la expresión de emociones, pero nadie “está poniendo el cascabel al gato”, es decir, nadie se está ocupando de

abordar su proceso de duelo complicado y crónico por el fallecimiento de su madre hace más de cinco años, algo que lleva lastrando y le afecta a otros ámbitos de su vida, que no le hace ver la vida con ilusión y con optimismo para afrontar nuevos retos; está como si avanzara pero en realidad, no hay cambio.

- Finalmente, decir como dato que como el enfoque del tratamiento del duelo por aflicción fue enfocado desde un enfoque individual, el proceso de duelo individual del padre, Javier, él evolucionó positivamente, sin embargo y silenciosamente, simultáneamente parece en que M^a Dolores, se iba poco a poco fraguando y precipitándose de un duelo de normal a otro más de tipo complicado y a fecha de hoy, 2014, como ya lleva bastante más tiempo que dos años, ha devenido en un duelo crónico.

5.3. Qué resultados además se hubieran podido obtener también si se hubiera aplicado el enfoque familiar:

Teniendo en cuenta las conclusiones extraídas en el apartado 4, podemos hacer alguna hipótesis acerca de qué beneficios hubiera obtenido la familia si se hubiera aplicado alguna conclusión en la terapia.

Para empezar, si se aplicara la 1^a conclusión, que resumiéndola era que independientemente de qué tipo de aflicción por duelo esté pasando la persona y/o la familia (Normal, congelado, complicado), en ambas perspectivas están minuciosamente descritas las fases del proceso de duelo individual o familiar, como hipótesis, puede que hubiera ocurrido que el médico de Atención Primaria hubiera podido preguntarse si detrás de lo evidente, el duelo del padre, ¿Alguien más, aunque no se dice, por la historia de las relaciones familiares, puede mostrar síntomas de que también debe estar incluida en el tratamiento, ya que por las circunstancias de la relación madre/hija, quizás esté en la primera fase de su duelo, pero de una manera oculta?. Por tanto, si se hubiera aplicado esta conclusión, cabe la posibilidad de que la

familia, es decir sus miembros, estuvieran en ese aspecto un poco mejor al final de la intervención efectuada en noviembre 2008, cuando finalizada en noviembre 2009 con el alta terapéutica del proceso de duelo del padre Javier.

En cuanto a la 2ª conclusión, que era que una buena y seria elección de las prescripciones escogidas será un excelente predictor para que en un futuro no haya miembros del núcleo familiar convivencial que tengan el proceso de pasar de un duelo potencialmente “Normal” a un duelo patológico o complicado o congelado, si se aplicara a este caso, puede que hubiera ocurrido que además de Javier, Mª Dolores, aunque también el resto de los hermanos se habrían beneficiado de unas prescripciones que afectan tanto al proceso de duelo individuales como al familiar, de grupo como tal, y que por tanto también se podría decir que la familia en global y sus miembros en particular estarían en noviembre de 2009 gozando de una mejor salud y quizás habiendo llegado o estando cerca de llegar a la última fase del duelo familiar y por ende, también más cerca de finalizar los procesos de duelo individuales.

Si en una familia hay una defunción y se realiza un tratamiento con un marcado carácter individual para el “Doliente oficial” exclusivamente, puede ser un predictor de que en un futuro, haya un “Duelo complicado o patológico” de algún otro miembro de la familia y ostente el síntoma y sea el o la paciente identificada debutando con dolencias o patologías individuales, que la historia oficial de la familia narra como totalmente independientes, como si nada tuviera que ver con el proceso de duelo por el fallecimiento de ese familiar, sobretodo cuando la defunción y su duelo ya quedaron bastante atrás en el tiempo. Si se aplicara esta 3ª conclusión a la familia Pérez, observamos que ha ocurrido así, en este caso la predicción se ha cumplido. Años más tarde Mª Dolores es llevada a Salud Mental por su hermana por patología individual que aparentemente nada tiene que ver con que tenga en su origen un mal tratado proceso de duelo individual y un nulo tratamiento familiar del duelo por aflicción

da uno de sus miembros. Es por ello, debido a su no aplicación, que la familia no está a fecha de hoy un poco mejor años después de la finalización del tratamiento del duelo del padre Javier.

En cuanto a la 4ª conclusión si se hubiera empleado también en la familia Pérez, si la familia hubiera sido tratada desde una perspectiva más inclusiva, (integradas las dos perspectivas y sus prescripciones), habría sido un buen predictor de que en un futuro no habría habido otros miembros que hubieran tenido procesos de duelos complicados, crónicos o congelados, ocultamente provocados por el defectuoso tratamiento del proceso de duelo por la aflicción por el fallecimiento de la madre, persona altamente querida en la familia. De esta manera, puede que hubiera ocurrido que ni a Mª Dolores ni a otro miembro se le hubiera desencadenado el proceso de duelo complicado y hasta crónico, y que por tanto a fecha de hoy, gozaría en este aspecto de una salud mental más saneada en su seno.

Finalmente, si se pudiera soñar en otra oportunidad para la familia Pérez, se podría aventurar este otro escenario de recorrido en las vidas de esta familia en este momento de crisis familiar por la aflicción de la esposa y madre, con un abordaje más familiar.

DERIVACIÓN IDEAL QUE SE HUBIERA PROPUESTO

¿Quién deriva el caso?: En noviembre de 2008, el médico de Atención Primaria del Paciente Javier Pérez y de la paciente Mª Dolores Pérez, junto con el resto de la familia son derivados a la red de Salud Mental que le corresponde para que les trate el profesional de psiquiatría y psicología por una aflicción en el sistema familiar que es el proceso de duelo individual y familiar por el fallecimiento de la esposa y madre de la familia.

¿Cómo se ha producido la derivación? De manera ordinaria.

¿Por qué se ha derivado a este servicio? Porque se ve necesario realizar un tratamiento de apoyo individual y familiar a los y las pacientes de dicha familia de este Centro de Salud para que les trate el profesional de psiquiatría y de psicología por una aflicción en el sistema familiar, que es el proceso de duelo individual y familiar por el fallecimiento de la esposa y madre de la familia..

DEMANDA

¿Quién hace la demanda? Solicita la cita M^a Paz, la hermana mayor, al medico de Atención Primaria y acompaña al padre y a M^a Dolores (Como lo ha tenido que hacer en dos momentos diferentes, en 2008 y en 2011). Solamente siguiendo el axioma sistémico, si quien pide no es el que sufre y el que demanda, el médico de atención Primaria no debería haberse planteado la demanda a la Red de salud mental para el tratamiento de depresión, es decir, que la terapia no fuese individual sino familiar.

¿Cómo se ha hecho? Derivación del medico de atención primaria por vía ordinaria a la red de salud mental.

¿Por qué se demanda la intervención? Porque se ve necesario para mejorar el estado de salud de la familia Pérez en este momento de crisis vital, que es la aflicción por haber fallecido una persona que deja supervivientes viudo y 3 hijos.

¿Qué "encargo" viene junto con la familia?: Tratar y gestionar el apoyar el proceso de duelo individual y familiar, que por lo narrado, en algunos de los miembros puede tener predictores de ser solamente un proceso de duelo normal, pero concretamente en el caso de M^a Dolores, tiene componentes emocionales y relacionales suficientes como para que sea tratado con más urgencia, por poder desembocar en un duelo complicado y si no es tratado a tiempo, puede devenir en crónico.

La definición del problema

¿Cuál es el problema planteado? Un proceso de aflicción individual y familiar por el duelo de haber fallecido la esposa y madre de 3 hijos.

¿Cómo ha evolucionado el problema? Sobretudo el padre y la hermana del medio,

M^a Dolores, se ven más afectados por diferentes motivos relacionales cada uno, que les hace estar en un estado un tanto depresivo.

¿Qué soluciones se han intentado? Por ahora solamente desde el sistema familiar. Los hermanos hablan entre sí y antes de acudir al médico de Atención Primaria, habían acordado después del funeral, que ahora a quien se le debía cuidar es al padre, que es el “Doliente oficial” y cuidarlo guardándose ellos sus emociones y sentimientos, “Que cada palo aguante su vela”. Así, si se llora es en la intimidad para que el padre vea que no se derrumban y su ánimo no decaiga más. También acuerdan el animar a los amigos del padre y a los parientes a que estén con él, le tengan atendido emocionalmente.

Hipótesis diagnóstica

Hipótesis relacional: M^a Dolores, que no tiene ni los privilegios de ser la hermana mayor ni el hermano menor, ahora que su madre no está y que el contexto es favorable, puesto que como hasta ahora la relación con su padre es amonosa, con la hermana mayor distante, con el hermano menor, de indiferencia y escasa emocionalmente con su pareja, reproduciendo alguno de los patrones conductuales de la madre con los demás, teniendo una relación “Fusional/hostil” con ellos por medio de la ludopatía y sus consecuencias, dicho de otra manera, “Parentalizándose o Marentalizándose”, M^a Dolores llega a ocupar por fin, un papel protagonista en la familia, que nunca lo tuvo por ser la “Hija Sandwich” (La del medio). De esta manera, mantiene un “Como si” la madre estuviera presente, es “el tercero pesante” y mantiene así la “Homeostasis” del sistema familiar.

Función del síntoma: Manteniendo la homeostasis, sacrificándose

Inconscientemente, M^a Dolores con su larga depresión y su ludopatía (Y su duelo complicado y crónico no revelado ni tratado todavía), desvía la atención de otras problemáticas existentes en la familia como es el riesgo del padre Javier a caer de nuevo en los consumos excesivos, o como es el problema de que el hermano menor, Carlos, que ni tiene formación ni empleo y es un desempleado de larga duración con

amistades más que dudosas que le han llevado algún que otro episodio conflictivo, y finalmente, desvía la atención de impulsar en M^a Dolores un aumento de la autoestima decidiendo si quiere darle valor a su Graduado de Maestra de especialidad infantil en sus aspiraciones de buscar y encontrar empleo acorde a su formación.

La intervención

Objetivos planteados. Trabajar con los miembros de la familia el proceso de duelo individual y el proceso de duelo familiar para que entre todos, apoyándose, vayan pasando por las distintas fases y lleguen a una reorganización emocional de la esposa de uno y madre de 3 hijos, en el corazón de cada cual y en el corazón familiar.

Menguar la homeostasis familiar para que pongan atención en aquellos problemas mencionados que cada miembro ostenta.

Técnicas empleadas: Además de las prescripciones individuales, se trabajarían prescripciones familiares en un duelo normal, no complicado, aquí se muestran algunas que podría ser interesante que se les planteara a la familia en la sesión familiar:

1. Utilizar el “Duelo operacional” en sesiones terapéuticas familiares donde se activa la empatía entre los miembros al escucharse los sentimientos.
2. Visitar a la madre en el cementerio y hablarlo en sesión.
3. Utilizar técnica de La silla llena (“No hay más silla llena que la silla vacía del ausente”) para ver la relación que cada miembro tiene con la madre ausente, para cosas pendientes, y para que M^a Dolores, la hija con riesgos de estar parentalizada, exprese sus verdaderas emociones a todos.
4. Animar a que escriban cartas dedicadas al difunto trabajables en sesión, ayudan a construir nuevos significados.
5. Utilizar diferentes símiles en la familia para trabajar objetivos concretos para facilitar la comunicación emocional.
6. Trabajar con biografías, o pérdidas redactadas en 3^a persona, o diarios bien dirigidos terapéuticamente, o dibujos e imágenes del significado de la

pérdida que con el feed-back de los demás, cada uno puede construir otros significados diferentes y mejores que los iniciales.

7. Objetos de vinculación seleccionados en familia y colocados en la casa.
8. Realización de una peregrinación personal o familiar a algunos lugares que eran significativos para la madre ausente.
9. Creación de rituales o acciones simbólicas familiares de todo tipo periódicamente o no, que ayuden a que los vivos recuerden y se reencuentren dando significado en el presente.
10. Realización de una acción placentera juntos y en familia que decidan entre ellos para que emerjan emociones.

Desarrollo de la intervención: Desde noviembre 2008 hasta que los síntomas vayan desapareciendo, imposible de determinar, pero seguro que es de menor duración que la actual.

Previsión de la evolución: Muy favorable o más favorable que la actual.

6. Referencias bibliográficas:

6.1. Referencias aflicción tratada según modelo individual.

- Avia, M^a D. & Vázquez, C. (2004). *Optimismo inteligente: Psicología de las emociones positivas*. (pp.170-214) Madrid, España: Alianza.
- Asociación Crisálida de apoyo al duelo (2013). *El Duelo ¿Qué es eso?*
Recuperado de: <http://www.krisalida.com/>
- Bermejo, J.C. (2003). *La muerte enseña a vivir. Vivir sanamente el duelo*. (pp.175-200) Colección Salud y vida Nº 5. Madrid, España: San Pablo.
- Bermejo, J.C. (2005). *Estoy en duelo*. (pp. 13-130) Colección Pastoral Nº 15. Madrid, España: P.P.C.
- Bermejo, J. C. y Santamaría, C. (2011). *El duelo. Luces en la oscuridad. autas para sobrellevar el dolor tras la muerte de un ser querido*. Madrid, España: La esfera de los libros y Centro de Humanización de la salud.
- Bowlby, J. (1973). *El Apego y la Pérdida*. Vol. II, Separación. Barcelona, España: Paidós.
- Bowlby, J. (1985). *La separación afectiva*. Barcelona, España: Paidós.
- Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva*. Barcelona, España: Paidós,
- Cabodevilla, I. (1999). *Vivir y morir conscientemente*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer, S.A.
- Landa, V & García-García, J.A. (2012). *Guía para unos cuidados primarios de duelo estructurados, aplicables en duelo de riesgo o complicado*. Recuperado de: <http://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/tecnicas-atencion-primaria/guia-para-unos-cuidados-primarios-duelo-estructurados-aplicables-duelo-riesgo-complicado/>
- Pangrazzi, A (2004). *La pérdida de un ser querido*. (pp. 21-84). Madrid, España: San Pablo.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (2012). *Guía de cuidados Paliativos :Duelo..* Recuperado <http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=dieciseis>

- Tizón, J.J. & Sforza, M.G. (2008). *Días de duelo: Encontrando salidas* (pp. 177-208, 283-292).Barcelona, España: Alba.

6.2. Referencias aflicción tratada según modelo familiar.

- Bowen, M. (1979). *La Terapia Familiar en la práctica clínica*. Cap. 15 Reacción de la Familia ante la muerte. Bilbao, España: Desclée De Brouwer, S.A.

- Ceberio, M. (2013). *Terapia familiar en el duelo complicado Parte 1*. IX Congreso RELATES. Bilbao. Recuperado de: <http://redrelates-boletin.org/terapia-familiar-en-el-duelo-complicado-12/>

- Del Pino, J.I., Pérez, J. & Ortega, F. (2003). *Resolución de duelos complicados desde una óptica sistémica*. Recuperado de: http://www.dip-alicante.es/hipokrates/hipokrates_l/pdf/ESP/434e.pdf

- Espina, A., Gago, J & Perez, M^a Mar. (1993). Sobre la elaboración del duelo en terapia familiar. *Revista de psicoterapia*, 4. N^o 13, 77-87.

- Goldberg, S.(1973). Family tasks and reactions in the crisis of death. *Social Casework*, 219-228.

- Goldbeter-Merinfeld, E. (2003). *El duelo imposible: Las familias y la presencia de los ausentes*. Barcelona, España: Herder.

- Liberman, D. (2007). *Es hora de hablar del duelo: Del dolor de la muerte al amor a la vida*. Buenos Aires, Argentina: Atlántida.

- Neimeyer, R. (2000). *Aprender de la pérdida: Una guía para afrontar el duelo* Barcelona, España: Paidós..

- Pereira, R. (2002). Duelo familiar: Desde el punto de vista individual al familiar. *Revista de sistemas Familiares*, 18. N^o 1-2, 48-61.

- Pereira., R. (2010) Evaluación y Diagnóstico del duelo Normal y Patológico. *Revista Formación Médica Continuada*, (10), 656-663.

- Pereira, R & Vannotti, M. (2011) Caso clínico: Un caso de duelo familiar *Revista Formación Médica Continuada*; (4):200-204.

- Pereira, R. (2013). Transcripción de una 1ª entrevista de un caso de duelo. *Tema "La famita afligida". Curso 3º online Master en terapia Familiar Sistémica*. EVNTF. Recuperado de: <http://www.evntf-santpau.com/entrada.asp?mode=requisitos>

- Pereira, R & Cebeiro, M.(2013) El último adiós. Vejez, muertes y duelo. *Terapia familiar en el duelo complicado. IX Congreso RELATES*, Bilbao.

- Pereira, R. (2013). *Terapia Familiar en el Duelo Complicado Parte 2*. IX Congreso RELATES. Bilbao. Recuperado de: <http://redrelates-boletin.org/terapia-familiar-en-el-duelo-complicado-22/>

- Ramos, R. (2013) Para un abordaje narrativo del duelo. *Revista Mosaico*, 55. Nº 5, 76-90.

- Relvas, A. P (2013) *Transitando por el ciclo vital familiar*. IX Congreso RELATES. Bilbao. Recuperado de: <http://redrelates-boletin.org/transitando-por-el-ciclo-vital-familiar/>

- Worden, J.W. (1991). *El tratamiento del Duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona, España: Paidós.

6.3. Para saber más, bibliografía complementaria.

- Bowlby, J. (1998). *La pérdida* Barcelona, España: Paidós

- Bowen, M. (1979). *La Terapia Familiar en la práctica clínica*. Cap. 15 Reacción de la Familia ante la muerte.

- Greaves, G. (1983). Death in the Family: A multifamily Therapy approach. *International Journal of Family Psychology*, (3), 247-259.

- Neimeyer, R. Progeron, H & Davies, B. (2002). Duelo y Significado. *Revista de Psicoterapia*, 49, 5-24.

- Raimbault, G. (1997) *La muerte de un hijo*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.

- Relvas, A. P. (2013) *Transitando por el ciclo vital*. IX Congreso RELATES. Bilbao. Recuperado de <http://redrelates-boletin.org/tag/ciclo-vital/>

- Walsh, F. & McGoldrick, M. (1988). La pérdida y el ciclo vital de la familia. En C. Falicov (Ed) *Transiciones de la Familia*. (pp. 429-464) Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

- Walsh, F. (1991). Rituals and the healing process. En F. Walsh, M. McGoldrick & E. Imber-Black (eds.) *Living beyond loss. Death in the family*. (pp 207-223). Estados Unidos de América: W W Norton & Co

- Worden, J.W. (1991). *El tratamiento del Duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona, España: Paidós.