

# LA EXPERIENCIA TRANSFORMADORA DE LA TERAPIA NARRATIVA DE DUELO.

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

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

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

---

## INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

## **ASPECTOS INDIVIDUALES Y FAMILIARES DEL PROCESO DE DUELO.**

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

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

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

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

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

## **El proceso de duelo individual.**

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

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

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

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

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

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

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

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

### **El proceso de duelo familiar.**

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

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

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

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

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

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

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

## LA TERAPIA DE DUELO

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

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

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

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

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

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

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

### **Los rituales terapéuticos de duelo.**

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

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

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



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

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

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

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

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

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

### **Narrativa, identidad y revinculación.**

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

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

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

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

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

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

## **CASO CLÍNICO.**

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

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

### ***Primera entrevista:***

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

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

### ***Segunda entrevista:***

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

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

### ***Tercera entrevista:***

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

### ***Cuarta entrevista:***

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Quinta entrevista:**

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

*Terapeuta: ¿Cómo te han ido las cosas?*

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

*Terapeuta: ¿Pudiste hacer el ritual que acordamos?*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### ***Seguimientos.***

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

### **COMENTARIO**

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

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

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

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



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

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

## Referencias bibliográficas

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

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