

EL PESO SEMÁNTICO DEL DUELO EN LA NARRACIÓN TERAPÉUTICA



Tutor : Ricardo Ramos

Autores : Sandra Celeiro González

Mireia Golobardes Subirana

Raúl Yuste Yuste

Escuela de Terapia Familiar de Sant Pau (Junio 2008)

AGRADECIMIENTOS

A Ricardo Ramos, por sus ideas, su orientación y su inestimable ayuda sin la cual hubiese sido imposible la realización de este trabajo.

A las familias que han sido la base de este trabajo, que nos han permitido entrar en sus vidas y sus problemáticas en un momento crucial de sus vidas y sin las cuales esta investigación no tendría sentido.

DEDICADO A:

(Mireia) A mis tías, M^a Rita y Montserrat, quienes me han enseñado cuanto amor puede existir entre personas y cómo esforzarme día a día a ser mejor persona.

(Raúl) A mis padres porque me siento orgulloso de ellos y porque gracias a ellos soy quien soy. A todas las personas que han pasado por el grupo de duelo de Sabadell y me han permitido acompañarles en un momento tan difícil de sus vidas enseñándome a apreciar lo realmente importante de la vida.

(Sandra) Para todos mis compañeros de máster, que han hecho de un camino arduo un viaje inolvidable.

EL PESO SEMÁNTICO DEL DUELO EN LA NARRACIÓN TERAPÉUTICA

THE SEMANTIC WEIGHT OF GRIEF IN THE THERAPEUTIC NARRATION

Sandra Celeiro González, Mireia Golobardes Subirana, Raúl Yuste Yuste

Resumen:

Introducción

En el intento de explicar en qué consiste el duelo, se han elaborado modelos desde distintas perspectivas teóricas. Tradicionalmente, según la mayoría de estas teorías, se concibe el duelo por la muerte de un ser querido como un proceso que sigue una secuencia de etapas y establece el trabajo de una serie de tareas por etapa para la superación de cada una de ellas. Así nos encontramos con un modelo secuencial.

Sin embargo, en los últimos años, la concepción clásica está siendo fuertemente cuestionada desde el ámbito clínico e investigador. Un conjunto de autores desestiman la normatividad de la secuencia de etapas para la resolución del duelo.

Nos planteamos realizar un trabajo sobre el análisis de la narración del duelo desde una perspectiva narrativa generativa.

Material y método

Se trata de realizar un estudio retrospectivo visionando 9 primeras sesiones realizadas en el servicio de Terapia Familiar del Hospital de Sant Pau. Los sujetos seleccionados para esta investigación corresponden a familias en las que el tiempo transcurrido entre la muerte y la primera visita es, en general, inferior o igual a un año y en las que la palabra duelo o muerte aparece en la hoja derivación (HD) o en la hoja de solicitud (HS).

Para el análisis de las variables estudiadas en los objetivos se ha realizado una transcripción literal de la sesión para el análisis semántico de la narración y un análisis narrativo de las HD y de las HS propias de la Unidad de Terapia Familiar.

Objetivos

- 1- Establecer mediante un estudio cualitativo cual sería la importancia dada al duelo por el derivante, cliente y terapeuta y si existe una congruencia o es la red la que se alerta ante la palabra "duelo".
- 2- Analizar la narración terapéutica de varias sesiones realizadas por duelo para determinar el peso semántico del mismo. Veríamos en que medida el duelo es el tema principal y

Abstract:

Introduction

When trying to explain what does grief consist on, there have been made models from different theoryc perspectives. Traditionally, according to the majority of these theories, grief because the death of a loved person is conceived as a process that follows a sequence of stages and establishes some tasks for each stage to overcome them.

Nevertheless, in the last years, the classic conception is being hardly questioned from the clinic and investigator area. A set of authors devaluate sequence of stages' normativity to resolve grief.

We are purposing to realise a project about the analysis of grief's narration, from a generative narrative perspective.

Material and method

It consists on realizing a retrospective study viewing the 9 first sessions realized in the Sant Pau's Hospital Familiar Therapy service. The selected subjects for this investigation belong to families where the time between the death and the first visit is, generally, lower or equivalent to a year and where the word death or grief appears in the derivation sheet (HD) or in the request sheet (HS).

To analyze the studied variables on the objectives, there has been realized a literal transcription of the session so as to obtain the narration's semantical analysis and the HD's and the Familiar Therapy Unit's HSs narrative analysis.

Objectives

- 1- Establish by a qualitative study, which would be the importance given to grief by the driver, client and therapist and know if it exists congruity or it's the net which alerts in front of the word grief.
- 2- Analyze the therapeutic narration of a few sessions realized because of grief to determine it's own semantic weight. We would see on what measure is grief the main subject in a first

prioritario en una primera sesión basada en una entrevista orientada desde el punto de vista de la narrativa generativa.

3- Analizar en que medida el terapeuta recoge los temas expuestos en la hoja de solicitud y en la hoja de derivación y los trata en la primera sesión.

4- Analizar los contenidos semánticos (temas) tratados en la primera sesión, para establecer la importancia y prioridad real del duelo en relación a otros temas emergentes.

5- Analizar el grado de satisfacción del cliente después de la primera sesión teniendo en cuenta el estilo terapéutico desarrollado.

Conclusiones

1.- Alarma social ante el duelo.

2.- Mayor peso semántico por parte del doliente.

3.- ¿Sobredimensión del problema?

4.- No existe redundancia intrared: el duelo es un problema en sí mismo.

5.- Importancia de la causa de muerte por parte del terapeuta

6.- Escaso peso del duelo en terapia

7.- El duelo, como tema tratado en una primera sesión, no ocupa el primer lugar

8.- El grado de satisfacción del paciente ha sido óptimo en la primera sesión

Palabras clave: duelo, narración del duelo, peso semántico, grado de satisfacción del cliente, narración terapéutica.

session, based on an interview orientated from the generative narrative point of view.

3- Analyze on what measure the therapist get the exposed subjects on the request sheet (HS) and the derivation sheet (HD) and treats them on the first session.

4- Analyze the semantic subjects treated in the first session, to establish the importance and real priority of grief in relation to other emergent subjects.

5- Analyze the client's satisfaction grade after the first session bearing in mind the therapeutic style developed.

Conclusions

1.- Uproar in society in situations of grief.

2.- Greater semantic importance on the part of the sufferer.

3.- Over-importance of the problem.

4.- Intra-web redundancy not existing: grief is a problem in itself.

5.- Importance of the death cause for the therapist.

6.- Little importance given to grief in therapy.

7.- Grief, as a theme dealt with in the first session, is not considered the most important.

8.- The degree of satisfaction in the patient has been optimum in the first session.

Key words: grief, grief's narration, semantic weight, degree of satisfaction in the patient, therapeutic narration.

ÍNDICE

Página

1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO	2
2.1. BASES TEÓRICAS	3
2.1.1. “Ni demandas, ni historias. terapia con lo que hay para un construccionismo conversacional planificado”	3
2.1.2. “Reflexiones, puede que irreverentes, acerca del duelo”	3
2.1.3. “Nuevas narrativas para afrontar la muerte de un ser querido”	3
2.1.4. “Temas para conversar”	3
3. OBJETIVOS	4
4. MATERIAL Y MÉTODO	5
5. RESULTADOS	11
5.1 PERSONA FALLECIDA Y CAUSA DE MUERTE	11
5.2 IMPORTANCIA DEL DUELO	12
5.2.1 INTERVALO M-HD: Alarma del derivante	14
5.2.2 INTERVALO HD-HS: Importancia del paciente	14
5.2.3 INTERVALO HS-V: Importancia del Terapeuta	15
5.2.4 INTERVALO M-V: Peso del duelo en función del tiempo que ha pasado desde la muerte	15
5.3 PESO SEMÁNTICO DEL DUELO	
5.3.1 Peso semántico del duelo en general (9 casos)	16
5.3.2 Peso semántico del duelo en cada caso	19
5.4 LISTADO DE TEMAS QUE APARECEN EN SESIÓN	19
5.5 AJUSTE DE LA SESIÓN	20

22

6. CONCLUSIONES

24

7. BIBLIOGRAFÍA

29

1. INTRODUCCIÓN

Cuando nos plantearon realizar el trabajo de final del Master tres personas teníamos claro el tema sobre el que trabajar por interés profesional. Todos trabajamos en el mundo del duelo desde diferentes contextos (terapia individual, terapia grupal, intervención hospitalaria a enfermos terminales) aunque con una línea común: la de facilitar la expresión emocional. Así, nos planteamos hacer algo clínico. Sin embargo cuando nos reunimos con el tutor y hablamos sobre el proyecto, nos habló de la línea narrativa que él llevaba en la escuela y sin entender muy bien en que nos embarcábamos decidimos dejarnos guiar por él. Tuvimos nuestro momento de crisis en el que no teníamos claro si continuar, y si finalmente decidimos seguir adelante tiene que ver precisamente con lo que nos podía aportar este trabajo, una nueva visión de un tema en el que desarrollamos nuestra labor profesional. Hay que decir que desde nuestra experiencia y forma de funcionar en el duelo había algunas cuestiones que nos habían suscitado ciertas preguntas y generado ciertas reflexiones: ¿la expresión emocional en si misma es terapéutica?, ¿hablar constantemente del duelo es beneficioso?, ¿las personas que nos llegan a terapia son las que consideran que tienen un problema con el duelo o el que realmente tiene un problema con el duelo es el derivante?, etc. Pensábamos que este trabajo nos podía ayudar a solucionar algunas de estas dudas o al menos a tener otra visión del asunto. Y de esta manera nos zambullimos en el mundo de la narrativa en el que somos meros principiantes.

2. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

En el intento de explicar en qué consiste el duelo, se han elaborado modelos desde distintas perspectivas teóricas: teoría psicodinámica, teoría del apego, teoría de los constructos, teoría cognitiva, teoría del estrés, perspectiva funcional, modelo de proceso dual y modelo médico. Tradicionalmente, según la mayoría de estas teorías, se concibe el duelo por la muerte de un ser querido como un proceso que sigue una secuencia de etapas y establece el trabajo de una serie de tareas por etapa para la superación de cada una de ellas. Así nos encontramos con un modelo secuencial que ha sido adoptado por enfoques, tanto de terapia individual, terapia familiar y terapia grupal.

Sin embargo, en los últimos años, la concepción clásica está siendo fuertemente cuestionada desde el ámbito clínico e investigador. Así por un lado White (1994) y, por otro, Wortman y Silver (1989), Exline, Dorrity y Wortman (1996) y Avia y Vázquez (1999) desestiman la normatividad de la secuencia de etapas para la resolución del duelo y subrayan que estandarizar el tipo, el ritmo y la intensidad de las experiencias individuales y familiares puede impedir el adecuado afrontamiento de un suceso vital tan importante.

Sumándonos a los autores que abogan por modelos de afrontamiento alejados de secuencias normativas, nos planteamos este trabajo como una forma de profundizar en la narración del duelo y desde ahí poder extraer algunas conclusiones que nos ayuden a nuestro quehacer cotidiano.

2.1. BASES TEÓRICAS

Las bases teóricas desde la narrativa, en las que nos hemos basado para realizar nuestro estudio son las siguientes:

2.1.1. “NI DEMANDAS, NI HISTORIAS. TERAPIA CON LO QUE HAY PARA UN CONSTRUCCIONISMO CONVERSACIONAL PLANIFICADO”

2.1.2. “REFLEXIONES, PUEDE QUE IRREVERENTES, ACERCA DEL DUELO”

2.1.3. “NUEVAS NARRATIVAS PARA AFRONTAR LA MUERTE DE UN SER QUERIDO”

2.1.4. TEMAS PARA CONVERSAR.

3. OBJETIVOS

Teniendo en cuenta que en los últimos años la concepción clásica está siendo fuertemente cuestionada desde el ámbito clínico e investigador y que un conjunto de autores desestiman la normatividad de la secuencia de etapas para la resolución del duelo, planteando que la actuación clásica puede impedir el adecuado afrontamiento de un suceso tan importante, nos planteamos siguiendo la línea del Laboratorio de Comunicación Humana existente en la Escuela de Terapia Familiar del Hospital de Sant Pau:

1- Establecer mediante un estudio cualitativo cual sería la importancia dada al duelo por el derivante, cliente y terapeuta y si existe una congruencia o es la red la que se alerta ante la palabra “duelo”.

2- Analizar la narración terapéutica de varias sesiones realizadas por duelo para determinar el peso semántico del mismo. Veríamos en que medida el duelo es el tema principal y prioritario en una primera sesión basada en una entrevista orientada desde el punto de vista de la narrativa generativa.

3- Analizar en que medida el terapeuta recoge los temas expuestos en la hoja de solicitud y en la hoja de derivación y los trata en la primera sesión.

4- Analizar los contenidos semánticos (temas) tratados en la primera sesión, para establecer la importancia y prioridad real del duelo en relación a otros temas emergentes.

5- Analizar el grado de satisfacción del cliente después de la primera sesión teniendo en cuenta el estilo terapéutico desarrollado.

4. MATERIAL Y MÉTODO

Se han visionado 9 primeras sesiones realizadas en el servicio de Terapia Familiar del Hospital de Sant Pau lo que supone un total de unas 9 horas de terapia. Los sujetos seleccionados cumplen, en general, los siguientes criterios de selección:

- Familias en las que el tiempo transcurrido entre la muerte y la primera visita es, en general, inferior o igual a un año.

- Las palabras duelo o muerte aparecen en la hoja derivación o en la hoja de solicitud.

- Se incluye cualquier tipo de muerte (suicidio, accidente, enfermedad) de cualquier miembro de la familia nuclear.

- La selección se ha realizado al azar.

Las cintas de video se han visionado un mínimo de 3 veces:

- Una vez por todo el grupo.
- Una segunda vez en grupo de dos.
- Una tercera vez de forma individual para realizar la transcripción.

Para el análisis de las variables estudiadas en los objetivos se ha utilizado el siguiente material:

- visionado de la sesión (9 cintas)
- transcripción literal (9 casos)
- hoja de derivación (13 hojas)
- hoja de solicitud (9 hojas)

Las variables cualitativas estudiadas y su forma de medición son las siguientes:

1. Importancia dada al duelo por el derivante, paciente y terapeuta: hemos recogido los siguientes datos y los hemos estructurado de la siguiente manera:

- Fecha de la muerte (M)
- Fecha de hoja de derivación (HD)
- Fecha de hoja de solicitud (HS)
- Fecha de la visita (V)
- Intervalo M-HD: Alarma derivante.

Para establecer los tiempos de derivación nos hemos basado en los modelos clásicos de terapia de duelo. Así los periodos que hemos estructurado para el estudio son:

- De 1 a 3 meses
 - De 3 a 6 meses
 - De 6 meses a 1 año
 - Más de 1 año
- Intervalo HD-HS: Importancia del paciente.

Para establecer los tiempos del paciente nos hemos guiado por un criterio médico (que importancia daría la persona a ser visitada por el médico en caso de tener una enfermedad que considera importante). Así los periodos establecidos son:

- En el mismo día
 - De 2 a 7 días
 - De 8 a 31 días
 - Mas de 31 días
- Intervalo HS-V: Importancia del terapeuta.

Teniendo en cuenta que las hojas de derivación cuando llegan al Servicio de Terapia Familiar entran en lista de espera, pero sabiendo que en el caso de que fueran por duelo Ricardo Ramos estaba al tanto y leía la hoja de derivación y solicitud, hemos estructurado los periodos de tiempo según un criterio médico (importancia y prioridad que da el médico para atender alguna enfermedad supuestamente grave) en:

- De 1 a 3 días
 - De 4 a 7 días
 - De 7 a 31 días
 - Más de 31 días
- Intervalo M-V: Peso del duelo en función del tiempo transcurrido desde la muerte.

Hemos seguido los periodos de tiempo de las teorías clásicas de duelo:

- De 1 a 3 meses
 - De 3 a 6 meses
 - De 6 a 12 meses
 - Más de 12 meses
2. Peso semántico del duelo: porcentaje de palabras dedicadas a hablar de la muerte o de sus consecuencias directas respecto del total de la conversación en:
- Hoja de derivación (informes de otros profesionales): omitiendo las fechas, datos personales de la familia, datos del profesional, etc. y teniendo en cuenta, específicamente, los párrafos que hacen referencia a “motivo de consulta”, “motivo de ingreso”, “motivo de demanda”.

- Hoja de solicitud (propia de la Unidad de Terapia Familiar rellena por la familia que solicita la consulta): Teniendo en cuenta el ítem 2 (“comenten de forma detallada cuál es el principal problema por el que piden consulta al equipo de Terapia Familiar en este momento”) e ítem 5 (“¿Hay algún otro problema que preocupe en la familia?. Especificar de manera detallada”)
- Transcripción literal.

Hemos considerado que hablar de duelo incluye los siguientes aspectos:

- Palabras mencionadas de forma explícita respecto al “duelo” del tipo: duelo, fallecimiento, enfermedad, morir, suicidio.
- Frases mencionadas de forma indirecta para referirse al “duelo” del tipo: “con lo que pasó”, “a raíz de eso”, “cuando pasó todo”, “ese día”, “¿te lo esperabas esto?”, etc.
- Manifestación de sentimientos (llorar, etc.) y el hecho de compartirlos o no.
- Recuerdos de cosas materiales (fotos, etc), de vivencias con el fallecido y de las características y personalidad del mismo.
- Hablar del “qué pasó” relacionándolo con sentimientos experimentados (no explicación detallada y descriptiva de lo que pasó).

3. ¿El terapeuta recoge los temas de la hoja de solicitud y derivación?: comparación entre hoja de solicitud, derivación y plan temático inicial y otros temas que saca el terapeuta a lo largo de la sesión. Hemos seguido el plan temático mencionado en las referencias teóricas que justifican este trabajo (“Temas para conversar”. Ricardo Ramos).

4. Para analizar los temas tratados en la sesión y así poder evaluar la importancia y prioridad real del duelo, inicialmente escogimos de cada caso los temas tratados de manera muy específica y detallada (Ver “Listado Subtemas”, Anexo 1). Al encontrarnos con una lista demasiado extensa para obtener unos resultados claros y concretos y al observar que muchos de ellos guardaban características semejantes, decidimos finalmente agruparlos en una categoría que definiera la esencia de cada subtema en uno más general, resultando siete temas finales (ver resultados).
5. Grado de satisfacción del cliente: teniendo en cuenta que partimos en la sesión de un plan temático, y por ello no es una sesión libre para que el cliente pueda hablar de cualquier cosa, la persona podría quedarse con la necesidad de expresar algo de lo que es importante para ella. Así es necesario determinar el grado de adecuación entre terapeuta y cliente y grado de satisfacción del cliente. Para ello nos hemos basado en el análisis de la apostilla y la réplica (teniendo en cuenta que los estudios previos realizados en el Laboratorio de Comunicación Humana de la Escuela de Sant Pau establecen una buena correlación entre el análisis de la apostilla y de la réplica con el grado de adecuación cliente-terapeuta y con el grado de satisfacción del cliente).

Para el análisis cualitativo de esta variable hemos utilizado como herramienta dos tipos de indicadores (verbales y no verbales):

- **Indicadores verbales de ajuste:**
 - que los entrevistados no hagan más preguntas al final de la sesión
 - que los entrevistados corroboren o reafirmen la idea que expone el terapeuta en la devolución

- que los entrevistados hagan preguntas o planteen dudas por no haber entendido alguna cuestión y éstas queden contestadas sin la posterior réplica por parte de los entrevistados
- **Indicadores no verbales de ajuste:**
 - el paciente se levanta y se va ante la indicación del terapeuta
 - asentimiento con la cabeza por parte del entrevistado
 - en la despedida signos como un apretón de manos con el terapeuta o una sonrisa por parte del paciente.
- **Indicadores verbales de no ajuste:**
 - expresiones como “seguro que hay un montón de cosas más pero...”
 - que los entrevistados hagan preguntas o planteen dudas por no haber entendido alguna cuestión
- **Indicadores no verbales de no ajuste:**
 - a la invitación del terapeuta de finalizar la sesión y hacer la pausa, el entrevistado se queda unos segundos sentado
 - el entrevistado hace alguna pregunta nueva o repetida y esta queda contestada

Ambos indicadores se han registrado en tres momentos diferentes de

la sesión:

- Al terminar la primera parte de la sesión, justo antes de la pausa (AP).
- Al volver de la pausa y antes de comenzar la devolución (DP).
- Al finalizar la devolución (DD).

5. RESULTADOS

5.1 PERSONA FALLECIDA Y CAUSA DE MUERTE

Tabla 1

MUERTE	FECHA	PERSONA	MOTIVO
CASO 1	Enero 05	Madre	Ataque corazón
CASO 2	Febrero 06	Hija	Cáncer
CASO 3	28-01-06	Madre	ELA
CASO 4	Diciembre'03	Padre	Infarto
CASO 5	18-01-04	Padre	Suicidio
CASO 6	Vegetativo (enero 2005)	Madre	Anoxia cerebral Paro cardíaco
CASO 7	2004	Padre	Cáncer de páncreas
CASO 8	31 Enero 02	Padre	Suicidio
CASO 9	Abril 97	Hijo	Suicidio

- En cuatro casos muere el padre.
- En dos casos muere la madre.
- En dos casos muere un hijo/a.
- En un caso la madre está en estado vegetativo aunque no ha muerto.
- En cuanto a las causas de muerte destacar tres suicidios.

5.2 IMPORTANCIA DEL DUELO**Tabla 2**

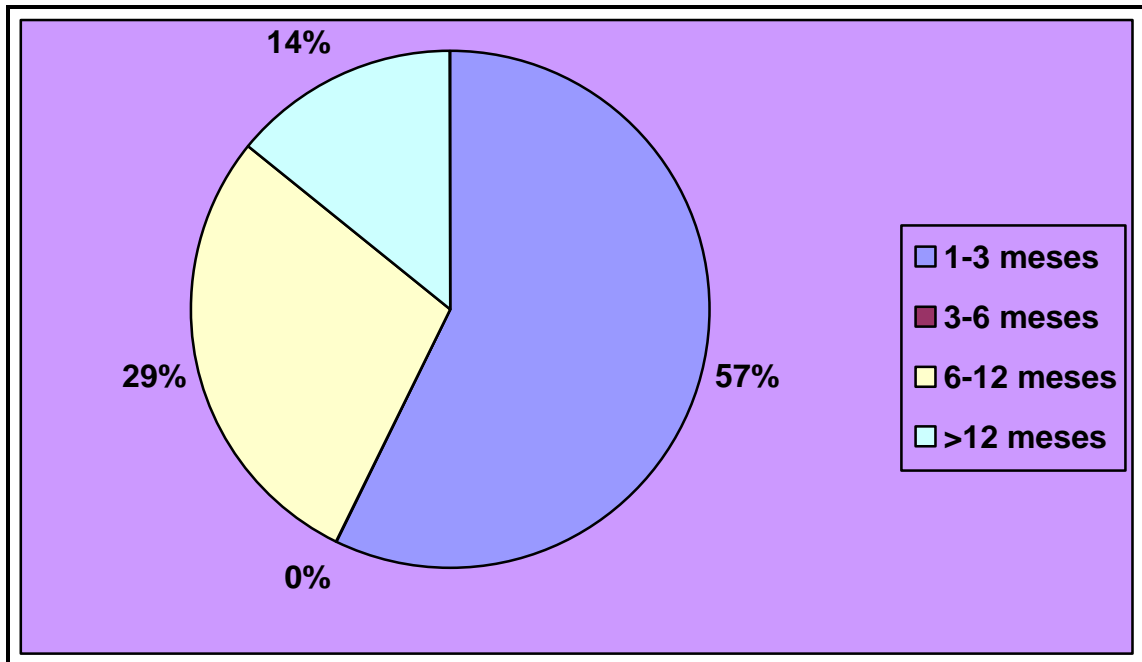
FECHAS	MUERTE (M)	HOJA DERIVACIÓN (HD)	HOJA SOLICITUD (HS)	VISITA (V)
CASO 1	Enero 05	30-08-05	8-11-05	18-01-06
CASO 2	Febrero 06	7-11-06	7-11-06	20-11-06
CASO 3	28-01-06	23-03-06	28-03-06	15-05-06
CASO 4	Diciembre 03	No fecha	2-06-05	12-07-05
CASO 5	18-01-04	No informe	30-01-04	18-02-04
CASO 6	Enero 05	22-02-05	12-04-05	19-07-05
CASO 7	2004	26-03-07	11-04-07	30-04-07
CASO 8	31-01-02	14-04-02	24-04-02	10-05-02
CASO 9	Abril 97	12-05-97	14-05-97	28-05-97

Tabla 3

MUERTE	INTERVALO M-HD	INTERVALO HD-HS	INTERVALO HS-V	INTERVALO M-V
CASO 1	7 meses	2 meses 8 d	2 meses 10d	1 año
CASO 2	9 meses	Mismo día	13 días	9 meses 13d
CASO 3	55 días	5 días	1 mes 17d	3 meses 17d
CASO 4	---	---	1 mes 10 d	19 meses
CASO 5	No informe	No informe	19 días	1 mes
CASO 6	1 mes	1mes 20días	3 meses 7 d	6 meses
CASO 7	2 años 10 m	15 días	19 días	3 años
CASO 8	2 meses 14 d	10 días	16 días	3 meses 10d
CASO 9	1 mes	2 días	14 días	1 mes 15 d
NIVEL	Alarma del derivante	Importancia del paciente	Importancia del Terapeuta	Peso del duelo en función del tiempo que ha pasado desde la muerte

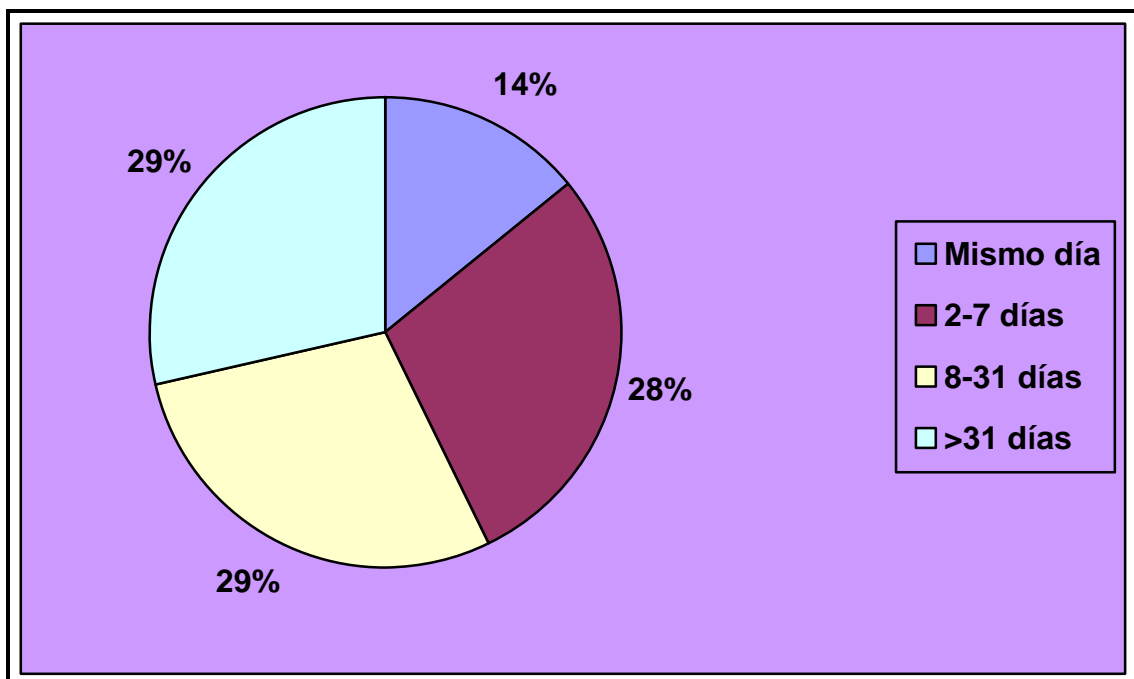
5.2.1 INTERVALO M-HD: Alarma del derivante

Gráfico 1



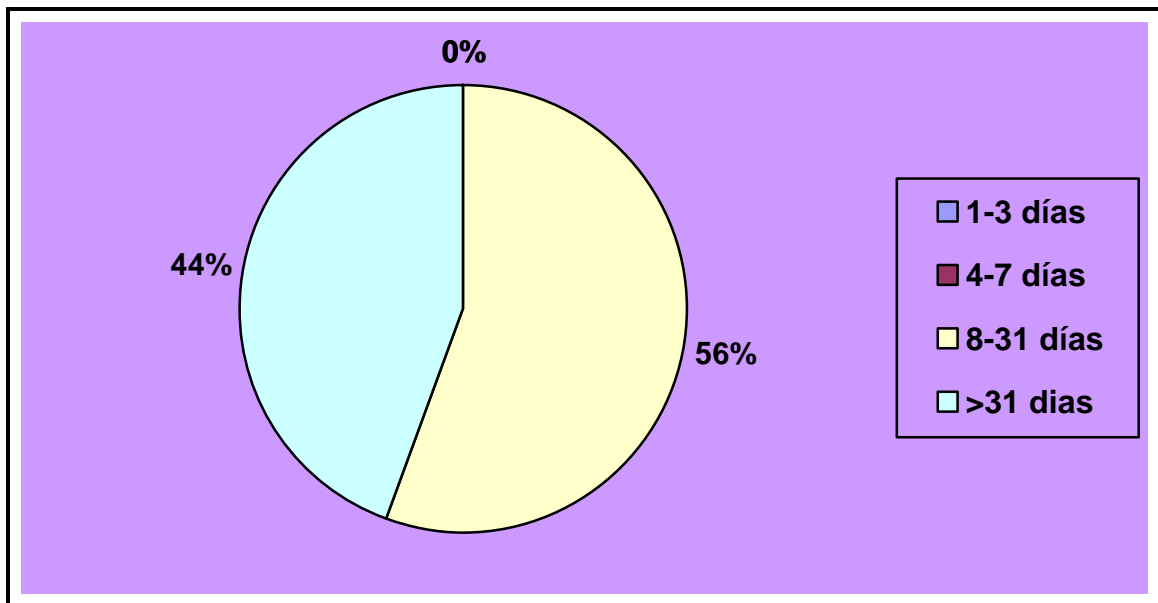
5.2.2 INTERVALO HD-HS: Importancia del paciente

Gráfico 2



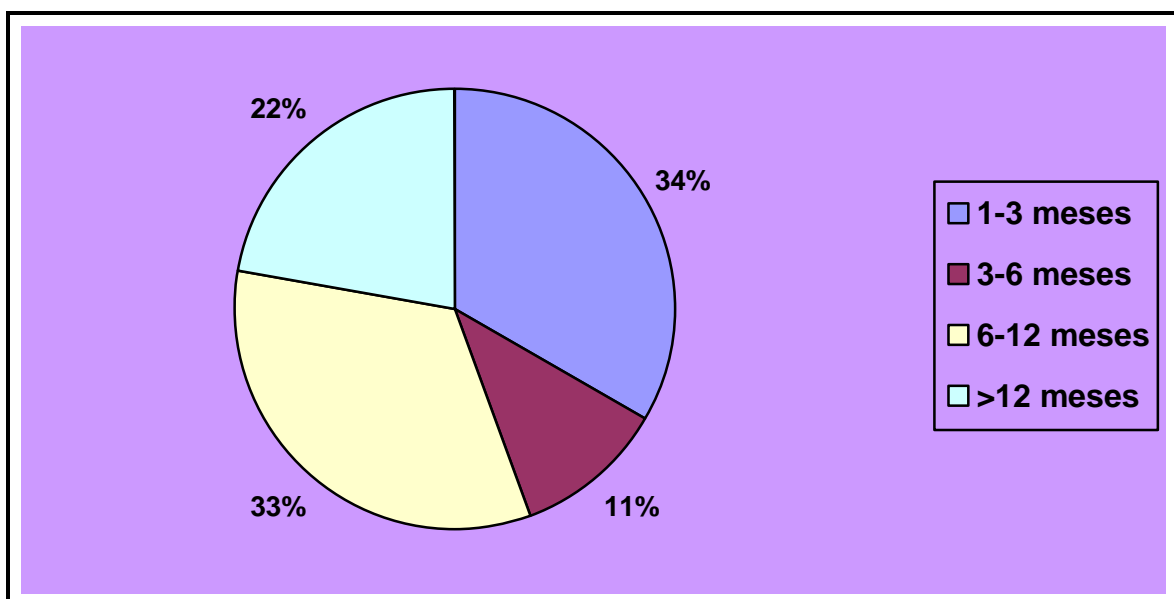
5.2.3 INTERVALO HS-V: Importancia del Terapeuta

Gráfico 3



5.2.4 INTERVALO M-V: Peso del duelo en función del tiempo que ha pasado desde la muerte

Gráfico 4



5.3 PESO SEMÁNTICO DEL DUELO

Tabla 4

CASOS	HOJA DERIVACIÓN		
	PALABRAS TOTALES	PALABRAS DUELO	%
CASO 1	330	46	13,94 %
CASO 2	731	83	11,35 %
CASO 3	32	10	31,25 %
CASO 4	27	27	100 %
CASO 5	No informe	No informe	No
CASO 6	15	2	13,33 %
CASO 7	136	52	38,23 %
CASO 8	109	3	2,75 %
CASO 9	135	28	20,74 %

Tabla 5

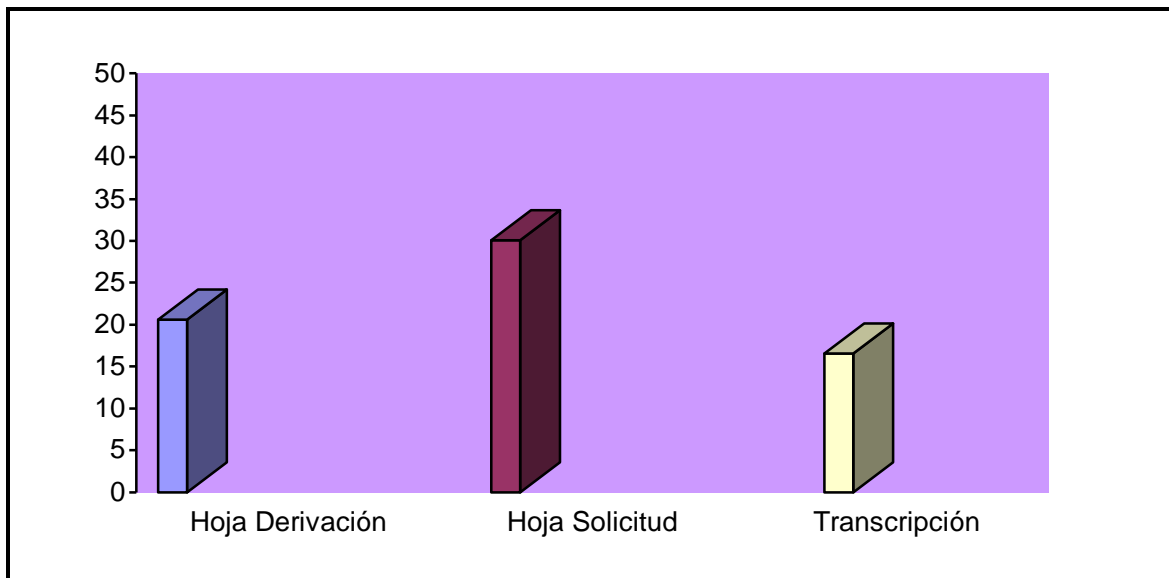
CASOS	HOJA SOLICITUD		
	PALABRAS TOTALES (Ítem 2 y5)	PALABRAS DUELO	%
CASO 1	150	11	7,33 %
CASO 2	65	12	18,46%
CASO 3	70	22	31,43 %
CASO 4	20	20	100 %
CASO 5	36	10	27,78 %
CASO 6	65	0	0 %
CASO 7	37	12	32,43 %
CASO 8	39	17	43,59 %
CASO 9	10	10	100 %

Tabla 6

CASOS	TERAPIA		
	PALABRAS TOTALES	PALABRAS DUELO	%
CASO 1	2.757	358	12,98 %
CASO 2	4.977	1.008	20,25 %
CASO 3	1.800	298	16,55 %
CASO 4	1.792	627	34,99 %
CASO 5	1.922	388	20,19 %
CASO 6	1.726	216	12,51 %
CASO 7	4.350	348	8 %
CASO 8	2.656	335	12,61 %
CASO 9	4.196	468	11,15 %

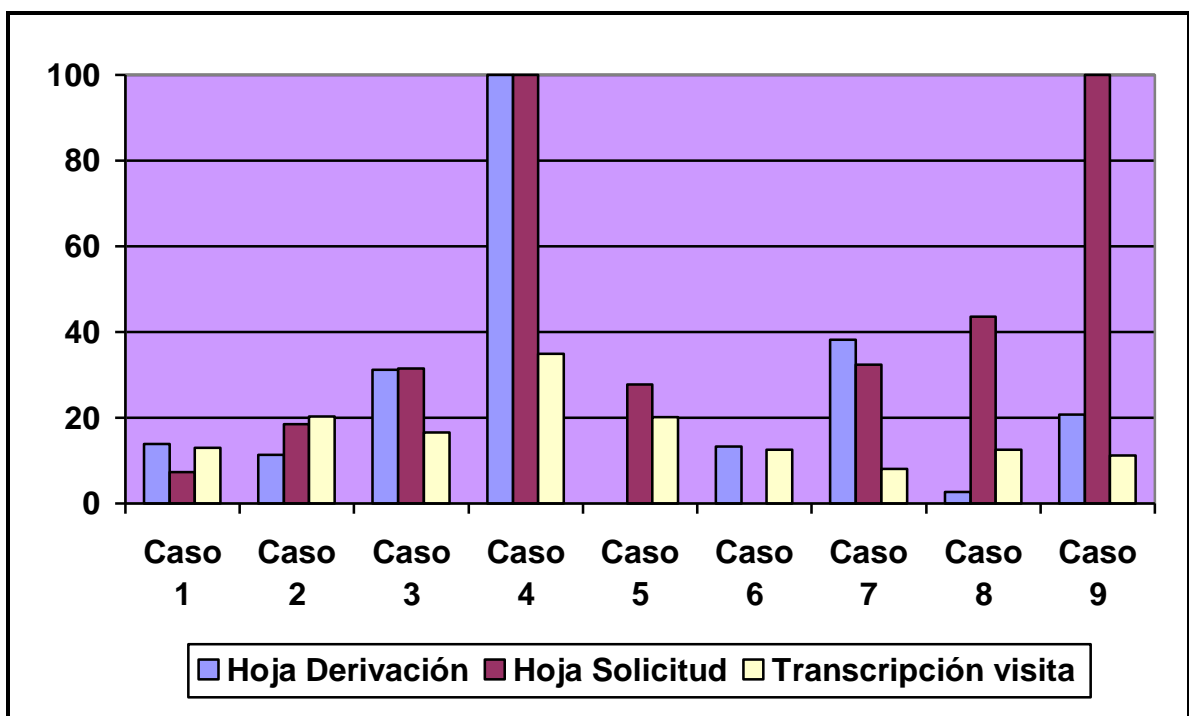
5.3.1 Peso semántico del duelo en general (9 casos)

Gráfico 5



5.3.2 Peso semántico del duelo en cada caso

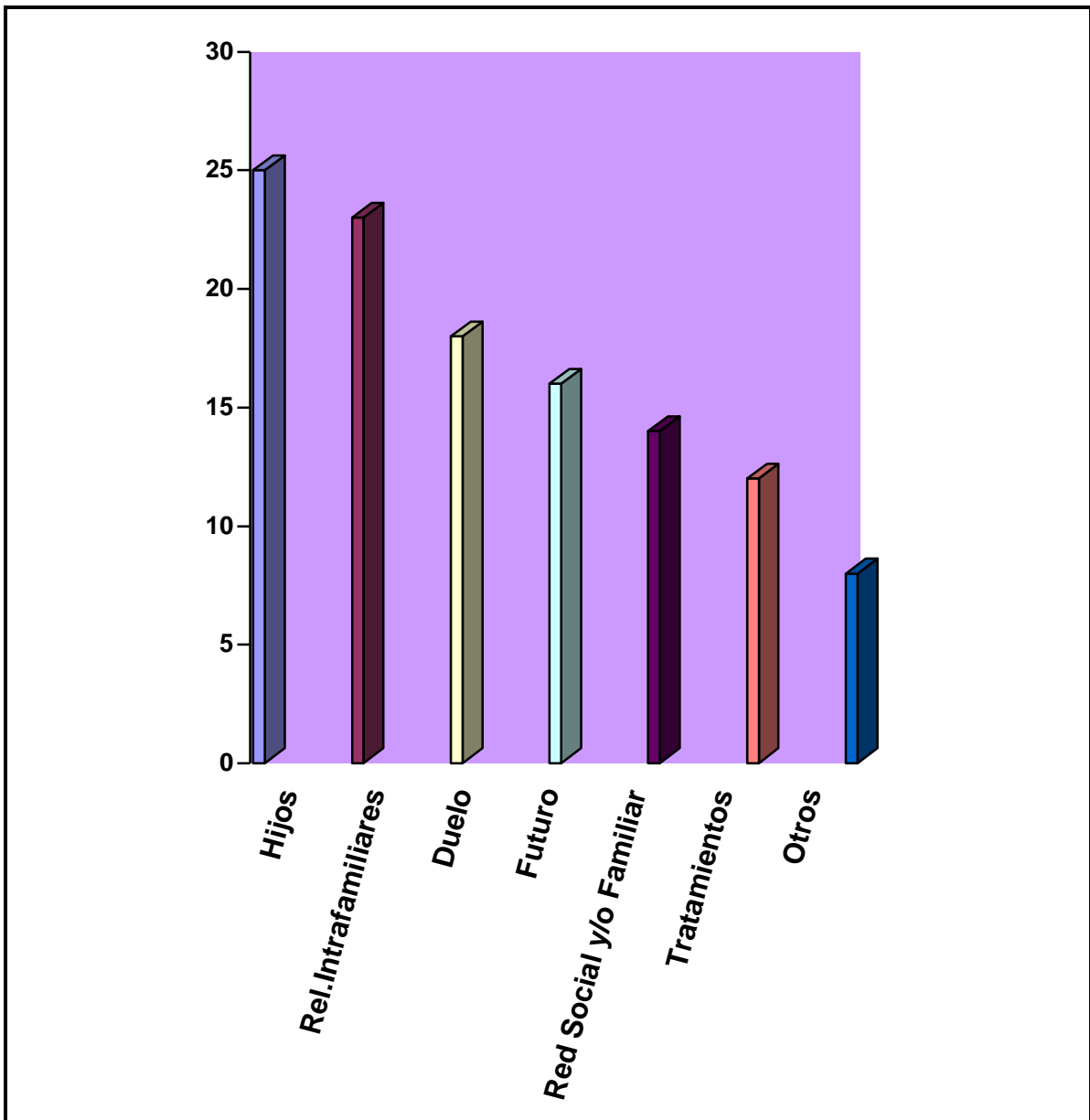
Gráfico 6



5.4 LISTADO DE TEMAS QUE APARECEN EN SESIÓN

Para descubrir qué temas son los que más se tratan en sesión hemos contabilizado el número total de subtemas de todos los casos, resultando 116 subtemas, los cuales hemos repartido en siete temas generales. Los resultados indican el orden de temas tratados más frecuentemente en sesión:

Gráfico 7



Temas tratados en cada caso según HD, HS, Terapeuta y Paciente:

Refiriéndonos a los siete temas generales, hemos seleccionado los temas tratados en:

- La Hoja de Derivación (HD)
- La Hoja de Solicitud (HS)
- Plan temático del terapeuta (PT)
- Temas nuevos del paciente (TN)

Los resultados indican que los **temas que destacan** con diferencia con el resto de temas tratados en cada caso son:

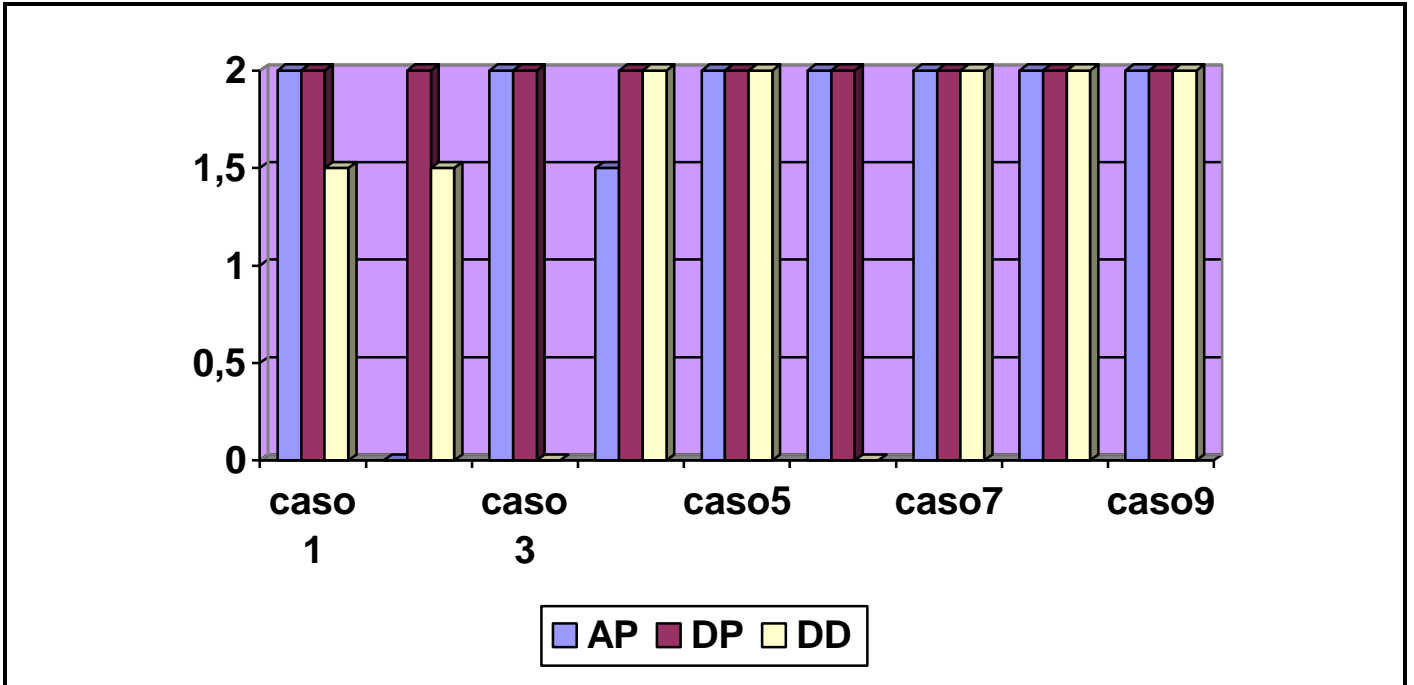
- En la HD los temas “Hijos” y “Futuro”
- En la HS los temas “Hijos”, “Rel. Intrafamiliares” y “Futuro”
- En el PT los temas “Hijos” y “Futuro” preferentemente, y muy seguidos “Rel. Intrafamiliares” y “Red Social y/o Familiar”.
- En TN los temas “Rel. Intrafamiliares” e “Hijos”.

De los nueve casos estudiados, observamos que en un 60 % de los mismos, los temas tratados en sesión hacen referencia a problemas surgidos a raíz de la muerte y tienen que ver con la nueva organización estructural en la familia, cambios en las relaciones entre sus miembros, etc.

En un 30 % de los casos, los temas tratados en la primera sesión tienen que ver con problemas existentes antes del fallecimiento y se refieren principalmente a problemas de pareja, problemas de alcoholismo, etc. Observamos que en estos casos el tipo de muerte es el suicidio.

5.5 AJUSTE DE LA SESIÓN

Gráfico 8



AP: Antes de la pausa

DP: Después de la pausa

DD: Después de la devolución

En los nueve casos analizados hemos encontrado 4 situaciones diferentes **antes de que se produzca la pausa (AP)** y que siendo indicadores de cierre, pueden tener su relevancia a la hora de introducir o no variables que puedan influir en un posterior ajuste de la sesión. Estas situaciones son:

- 1.- EL terapeuta informa de la pausa e invita a decir algo a los pacientes si quieren: “¿algo que añadir antes de la pausa?”
- 2.- El terapeuta informa de la pausa: “si me permiten cinco minutos...”

3.- El terapeuta invita a la familia si quieren decir algo, sin informar que ha llegado el momento de la pausa: “¿algo que añadir...?”

4.- El terapeuta interrumpe de manera brusca la sesión debido al tiempo de la misma

Los resultados obtenidos son:

En la situación 1 encontramos 3/9 (casos 1/ 4/7)

En la situación 2 encontramos 3/9 (casos 2/6/8)

En la situación 3 encontramos 2/9 (casos 3/9)

En la situación 4 encontramos 1/9 (caso 5)

Interpretación:

- Cuatro de los nueve casos (5/7/8/9) muestran ajuste total (en AP, DP y DD) en la sesión.

- En dos de los casos (3/6) hay un buen ajuste en las dos primeras partes (AP y DP). Respecto a la parte final (DD) no podemos decir nada debido a un corte de la cinta de video aunque cabe suponer que sigue habiendo ajuste total.

- En el caso 1 hay un ajuste total de las dos primeras partes y un desajuste de tipo verbal tras la devolución pero tras la recogida de la información por parte del terapeuta el ajuste final es satisfactorio.

- En el caso 2 hay un no ajuste antes de la pausa, tanto a nivel verbal como no verbal. En este caso el terapeuta informa de la pausa sin pedir opinión, sin embargo después se produce un ajuste final que no presenta ningún inconveniente.

- El caso 4 tendría un ajuste total tanto al llegar de la pausa como tras la devolución y un desajuste antes de la pausa que obedecería al mismo motivo que en el caso anterior.

6. CONCLUSIONES

1.- Alarma social (derivante) ante el duelo.

Si tenemos en cuenta que según los modelos clásicos de terapia de duelo en los que se dice que en los dos primeros meses no es adecuado la terapia de duelo por el shock emocional y que sería adecuado que pasara un periodo de unos 6 meses desde la muerte hasta el comienzo de la terapia, podemos concluir que el duelo es en nuestro tiempo un motivo de alarma social. Más de la mitad de los casos (57%) son derivados en los primeros 6 meses. Sin embargo menos de la mitad de los dolientes (42%) rellenan la hoja de solicitud en la primera semana lo que indicaría (desde el punto de vista cronológico) que la importancia dada al duelo por ellos es menor que la del derivante.

2.- Mayor peso semántico por parte del doliente.

Si analizamos el peso semántico de las hojas de derivación, éste es menor que el peso semántico de las hojas de solicitud lo que indicaría que la preocupación del paciente es mayor que la del derivante lo que contradice el resultado anterior.

3.- ¿Sobredimensión del problema?

Juntando ambos resultados podemos hipotetizar las siguientes conclusiones:

- el derivante ante el discurso del paciente entra en alarma social aunque el discurso no sea alarmante para el paciente. Podría tener que ver con la visión personal del que deriva así como la contra transferencia que moviliza el tema de la muerte.
- el derivante entra en alarma social por el propio tema pero a nivel semántico no quiere dar a entender que sea el principal tema de

derivación ya que según las teorías clásicas no estaría aun en disposición de realizar una derivación.

- el doliente ante la derivación del profesional por el problema del duelo, sobredimensiona el problema en la hoja de solicitud (ya que su peso semántico no se correlaciona con el peso que da la misma persona en la terapia). El doliente estaría sobredimensionando el problema para recibir la ayuda que quiere pero para la resolución de otros problemas.

4.- No existe redundancia intrared: el duelo es un problema en sí mismo.

Atendiendo al análisis de los informes previos a la terapia (informe de derivación e informe de solicitud) podemos apreciar que la redundancia intrared e intrafamiliar no existe. Teniendo en cuenta que en otras situaciones que llevan a terapia familiar, como en las familias multiproblemáticas, esta redundancia existe podemos concluir que probablemente el duelo (entendido como la muerte de un familiar cercano) es considerado en sí mismo un problema establecido para la persona que deriva y es por ello que no existen intermediarios entre la derivación y la terapia. No es necesario corroborar la existencia del problema.

5.- Importancia de la causa de muerte por parte del terapeuta

En el 56% de los casos el terapeuta ve al paciente después de una semana y antes de un mes de llegar la hoja de solicitud al Centro de Terapia Familiar. Fijándonos en las diferentes variables que pueden influir en la decisión del terapeuta a la hora de ver antes o después al paciente, vemos que de los 5 casos atendidos antes de un mes, 3 de ellos son por suicidio. En el caso 2 volvemos a tener como alarma del terapeuta un intento de suicidio, en este caso del doliente.

Llama la atención que en el caso 7, en que la causa de la muerte es un cáncer y el tiempo entre la muerte y la HD es superior a 2 años, y el tiempo entre la HD-HS es de 15 días, el terapeuta atiende al paciente en menos de un mes cuando cabría pensar que no se trata de un caso urgente. Si vemos el gráfico 6 podremos observar como la alarma del terapeuta viene generada por el derivante.

6.- Escaso peso del duelo en terapia

El peso semántico del duelo en la primera visita terapéutica vemos que es escaso. Si tenemos en cuenta que el peso semántico que daba el doliente al duelo en la hoja de solicitud era el más elevado podemos concluir:

- el paciente sobredimensiona el duelo para buscar ayuda en otros ámbitos de su vida como luego se ve más adelante en los temas más importantes de la sesión.
- se produce una pérdida de peso del duelo desde que el derivante deriva hasta que el doliente es atendido en el Centro de Terapia Familiar y todo ello debido única y exclusivamente al paso del tiempo (aunque curiosamente el caso en el que se observa más peso semántico en la visita es uno de los que más tiempo pasa desde la muerte hasta la visita - caso 4).

7.- El duelo, como tema tratado en una primera sesión, no ocupa el primer lugar

Gracias al plan temático inicial generado por el terapeuta, en el que recoge los temas principales de la hoja de derivación y solicitud, hemos podido comprobar que:

- A parte del tema del duelo es imprescindible tratar otros temas que cobran mayor importancia, tales como la preocupación por los hijos, las relaciones intrafamiliares (temas tratados principalmente), futuro, red social y/o familiar y tratamientos.
- A diferencia de los abordajes psicoterapéuticos basados en las teorías tradicionales en los que la expresión emocional y verbal es el eje fundamental de la sesión, podemos concluir que desde el punto de vista de la terapia narrativa generativa cobra mayor importancia la narración de otros problemas que emergen con mayor fuerza en ese momento.

A raíz de lo expuesto anteriormente concluimos:

- Siendo “La preocupación por los hijos” (Tema 1) el más prevalente en la mayoría de los casos estudiados consideramos que el terapeuta debe tener en cuenta tratar este tema dentro de su plan temático en una primera sesión, independientemente de si se hace mención o no en derivaciones anteriores (HD, HS).
- El tema de “Relaciones intrafamiliares” (Tema 2) a pesar de ser el segundo en prevalencia no suele aparecer en la HD. Por ello concluimos que.
 - O bien el derivante no tiene suficientes datos respecto a este tema por no considerarlo importante.
 - O bien se preocupa más por aspectos concretos de los hijos y así lo especifica en su solicitud.

8.- El grado de satisfacción del paciente ha sido óptimo en la primera sesión

Teniendo en cuenta la muestra sobre la que hemos realizado este estudio podemos concluir con los resultados obtenidos que:

- En la totalidad de los casos se demuestra que se produce un ajuste/satisfacción del paciente respecto la primera sesión realizada, independientemente de que en algunos de los tres momentos analizados haya habido algún desajuste inicial. En estos casos el terapeuta acaba haciéndose eco de las dudas o inquietudes pendientes del paciente respondiéndole satisfactoriamente.
- Teniendo en cuenta que se han dado 4 situaciones diferentes AP no podemos discernir hasta que punto la verbalización total del anuncio de pausa y la invitación a añadir algo más o la ausencia de alguna de estas variables son las responsables de la presencia o no de una réplica o apostilla.

7. BIBLIOGRAFIA

1. ANDERSON, H. y GOOLISHIAN, H.: *“Los sistemas humanos como sistemas lingüísticos: implicaciones para la teoría clínica y la terapia familiar”*. Revista de Psicoterapia, Vol. II – Nº 6-7, pp. 41-71.
2. ARAMBURU, L., CABALLERO, E., GRANERO, C., OLLÉ, M. R., SAYROL, J. M. Y VEGA, M. (2000): *“La réplica en la devolución. Análisis de un aspecto de la sesión terapéutica”*. Trabajo de final de Master. Escuela de Terapia Familiar de Sant Pau.
3. BARRETO MARTÍN, P Y SOLER SAIZ, M C (2007): *“Muerte y duelo”*. Síntesis.
4. BARRETO, M. P. Y SOLER, M. C. (2003): *“Psicología y fin de vida”*. Psicooncología, 0(1): 135-146.
5. BONANNO, G. A: (2001): *“Grief and emotion: a social-funtional perspectiva”*, en M. S. Stroebe et al. (eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*. American Psychological Association. Washington, pp. 439-515.
6. BOWLBY, J. (1993): *“La pérdida”*. Paidós. Barcelona.
7. BOWLBY, J. (2003): *“Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida”*. Morata
8. JAMES, J.W. Y FRIEDMAN, R (2001): *“Manual para superar pérdidas emocionales”*. Los libros del comienzo.
9. KÜBLER-ROSS, E. (1992): *“Los niños y la muerte”*. Luciérnaga. Barcelona.
10. KÜBLER-ROSS, E. (2000): *“La rueda de la vida”*. BSA. Barcelona
11. NEIMEYER, R. A. (2002): *“Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo”*. Paidós. Barcelona.
12. NEIMEYER, R. A. (1997): *“Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte”* Paidós. Barcelona.
13. NEIMEYER, R. A. Y HOGAN, N.S. (2001): *“Quantitative or qualitative? Measurement issues in the study of grief”*, en M. S. Strobe et al. (eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*. American Psychological Association. Washington, pp. 89-118.

14. OCHOA DE ALDA OCHOA DE EGUILEOR, I.: *"Nuevas narrativas para afrontar la muerte de un ser querido"*. Pp. 123-131.
15. PARKES, C. M. Y WEISS, R. S. (1983): *"Recovery from bereavement"*. Basic books. Nueva York.
16. RAMOS GUTIERREZ, R.: *"Ni demanda, ni historias. Terapia con lo que hay para un construccionismo conversacional planificado."* De Familias y Terapias. Julio 2006, 22, pp. 41-51.
17. RAMOS GUTIERREZ, R.: *"Reflexiones, puede que irreverentes, acerca del duelo"*. Revista Mosaico, junio 2002, pp. 15-19.
18. RAMOS, R. (2008): *"Temas para conversar"*. Gedisa. Barcelona.
19. RAMOS, R., BORREGO, M. Y SANZ, A.: *"La construcción de la demanda en familias multiproblemáticas (II). Una Investigación clínica"*. Revista Redes, Diciembre 2006, pp. 111-127.
20. RAMOS, R.; BUENO, M.; CUATZ, R.; GÓMEZ, J.; MÉNDEZ, V. Y SANZ, M. A.: *"La derivación como proceso. Derivación y estado de la red conversacional"*. Trabajo de final de Master. Escuela de Terapia Familiar de Sant Pau.
21. RAPHAEL, B. (1997): *"Preventive intervention with the recently bereaved"*. Archives of General Psychiatry, 34: 1450-1454.
22. ROSENBLAHT, P. C. (2001): *"A social constructionist perspective on cultural differences in grief"*, en M. S. Strobe et al. (eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*. American Psychological Association. Washington, pp. 285-300.
23. SARDÁ AMILLS, M. Y RAMOS GUTIERREZ, R.: *"El compromiso con la co-construcción. Un análisis de la apostilla"*. Revista "SISTÉMICA", Nº 11 – 12. año 2003-2004, pp. 13-29.
24. STROEBE, M. Y SCHUT, H. (1999): *"The dual process model of coping with bereavement: rationale and description"*. Death Studies, 23: 197-224.
25. WORDEN, J. W. (1997): *"El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia"*. Paidós. Barcelona.