

N. Apellido, N. Apellido

LA AUTORREFERENCIA DEL TERAPEUTA EN LA EXPERIENCIA DE PÉRDIDA DE UN CONSULTANTE POR SUICIDIO - UNA APUESTA DIALÓGICA CON LA PSICOGENEALOGÍA

Clinician self-reference in the experience of losing a client by suicide: a dialogic work from psychogenealogy and narrative perspectives

Cindy Katherine Torres Ardila¹

Afiliación académica - Academic Affiliation

Karol Andrea Riaño Beltrán²

Afiliación académica - Academic Affiliation

Natalia Otero Fernández³

Afiliación académica - Academic Affiliation

RESUMEN: La presente investigación cualitativa tuvo como objetivo comprender a través de la mirada narrativa y psicogenealógica la autorreferencia de un terapeuta que ha vivido la pérdida de un consultante por suicidio y la resignificación de la experiencia misma en conexión con la metaobservación y la reflexividad, propias de la cibernética de segundo orden desde una mirada sistémica. Se realizó estudio de caso único, donde se reconocen discursos familiares, sociales, culturales, institucionales que dan cuenta de la configuración de la autorreferencia, vislumbrando actos simbólicos, invitaciones profesionales y el impacto al tejer conversaciones desde la persona del terapeuta. El participante fue un psicólogo clínico y como invitados dos psicólogos clínicos; uno con formación en psicogenealogía y otro en terapia narrativa, el diálogo entre ambas miradas favoreció al impacto en la resignificación de la experiencia de

pérdida y, la autorreferencia como foco en la intervención posibilitó el “darse cuenta” como un ejercicio reparador.

PALABRAS CLAVE: Suicidio, duelo, psicogenealogía, narrativas y autorreferencia.

ABSTRACT: The objective of this qualitative research was to understand, through the narrative and psychogenealogical gaze, the self-reference of a therapist who has experienced the loss of a consultant by suicide and the resignification of the experience itself in connection with meta-observation and reflexivity, typical of second-order cybernetics from a systemic perspective. A unique case study was carried out, where family, social, cultural, and institutional discourses are recognized, which account for the configuration of self-reference, glimpsing symbolic acts, professional invitations, and the impact of weaving conversations from the person of the therapist. The participant was a clinical psychologist and two clinical psychologists were invited; One with training in psychogenealogy and the other in narrative therapy, the dialogue between both perspectives favored the impact on the resignification of the experience of loss, and self-reference as a focus in the intervention made it possible to "realize" as a restorative exercise.

KEYWORDS: Suicide, bereavement, psychogenealogy, narratives and self-reference.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo investigativo-interventivo está encaminado a integrar comprensiones alrededor de la autorreferencia del terapeuta en la experiencia de pérdida por suicidio de un consultante consultante. Para dar inicio, es importante dar cuenta de la comprensión del suicidio en la actualidad, pues se ha concluido que el suicidio va más allá de ser un asunto médico o psicológico, siendo un proceso o fenómeno multifactorial complejo que puede y es estudiado desde las diversas disciplinas (Sociología, Teología, Biología, etc.), que, según De Leo (2004); Silverman (2004); Soubrier (2004); Wasserman (2004), años atrás no se relacionaban con este fenómeno. Se entiende como un proceso multifactorial debido a que se encuentra ubicado en un contexto histórico, económico, social, político y cultural y, al introducir el término complejo en este trabajo, se está dando apertura a una posibilidad para reconocer y comprender los elementos de orden, desorden, caos, azar, equilibrio inestable, ambigüedad e incertidumbre, como principios operadores en la construcción cotidiana de la vida humana.

Lo anterior, da cuenta de la importancia de la mirada compleja, pues implica que el observador-investigador-interventor asuma una postura que facilite la exploración de alternativas generativas, propositivas y creativas que permitan por medio del trabajo interdisciplinar (desde esta investigación, la apuesta narrativa y psicogenealógica), abrirse a un proceso novedoso, en donde se co-construya desde diferentes miradas al conversar sobre el ser y hacer terapia en el

contexto colombiano, para comprender y, en consecuencia, actuar de manera integrativa, y coadyudar en la búsqueda de alternativas a un fenómeno actual como el suicidio.

Es así como desde el paradigma sistémico/constructivista/construccionista/complejo, la mirada, la comprensión y los discursos de esta investigación-intervención frente a los diversos fenómenos, en este caso la experiencia de pérdida por suicidio, es recursiva, pues trae el papel de la familia, los consultantes, la cultura y otros sistemas implicados que interjuegan en la construcción de las historias de vida de los terapeutas y, por tanto, de sus dilemas humanos como seres sociales y profesionales.

Por lo anterior, el interés del fenómeno investigativo-interventivo del presente trabajo nace debido a la tendencia investigativa hacia la familia, puesto que, los hallazgos o discursos de múltiples investigaciones, así como las continuas conversaciones autorreferenciales de las investigadoras, permitieron volver la mirada al terapeuta, reconociendo que la subvaloración y a veces invisibilización de su trabajo es una práctica frecuente, por ende, para esta investigación se abordaron los procesos autorreferenciales del terapeuta alrededor de la experiencia de pérdida por suicidio de su consultante. Dando cuenta, desde una lectura integral que, el impacto que trae dicha experiencia de pérdida no sólo surge en la familia y allegados, sino que trasciende a todos los sujetos que rodearon al suicida, incluyendo aquellos con los que tenía una relación profesional.

Por tanto, esta investigación-intervención ofrece aportes significativos en el fenómeno del suicidio desde la autorreferencia ante la experiencia de pérdida por suicidio de un consultante, pues desde una mirada de segundo orden, el terapeuta hace parte del sistema terapéutico, por tanto de la posibilidad de cambio, promoviendo así reflexiones tanto para los psicólogos como para otros profesionales en ramas de conocimiento interesados en el bienestar del ser, deber ser y quehacer del terapeuta colombiano.

VISIBILIZANDO EL FENÓMENO:

Terapeuta y suicidio

Kleespies & Forsyth (1993) citados por Munera (2013), señalan que los suicidios ocurren aproximadamente, “alrededor de un 20% o 22% de los consultantes atendidos en la práctica clínica por psiquiatras, y entre un 15% y 50% de pacientes atendidos por residentes de psiquiatría” (p.112) en el contexto Norteamericano. Por tanto, aproximadamente, alrededor del 28% de los consultantes que se suicidaron se encontraban en un proceso de atención de salud mental al momento de consumir dicho suicidio.

De otro lado, en Colombia se contempla una tendencia al aumento de muertes por suicidio cada año. Desde el año 2018, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) reportó 2.696 casos de suicidio, figurando un incremento del 4,86 % (125 casos más que en años anteriores). Sin embargo, en el 2020, esta misma entidad registró un total de suicidios de 2.714, en donde la tasa de mortalidad en los hombres fue de 8,9 muertes por cada 100.000 habitantes, lo que significa un porcentaje de 64,8 % mientras que el de las mujeres fue de 6,9 fallecimientos (un 63%). Por su parte, el Departamento Administrativo Nacional de

Estadística (DANE) reporta que, por edades, los ciudadanos que mayormente mueren por suicidio oscilan entre los 20 y 24 años, representando así un porcentaje del 14,9%. Teniendo en cuenta lo anterior, González, et al. (2020) en su investigación “*Abordaje a familias en duelo asociado a suicidio*”, refiere que detrás de cada pérdida por muerte por suicidio quedan supervivientes (familiares, amigos y allegados), quienes vivencian un duelo a raíz de estos eventos. Asimismo, estos autores plantean que, la muerte produce un desequilibrio dentro del sistema familiar y que, en consecuencia, genera la necesidad de ajuste de funciones y roles que pueden afectar su organización y estructura, amenazando la supervivencia de dicho sistema, por lo que, el suicidio pone a cuestionar la funcionalidad de una familia e incluso, acrecienta el riesgo de que cada integrante de los diversos subsistemas (fraternal, laboral, familiar, etc.), manifiesten diversas dificultades para la elaboración del duelo por pérdida por suicidio, a pesar de que sea una pérdida compartida.

El término sobreviviente de suicidio es utilizado según Pérez (2010), desde la suicidología, para referirse a aquellas “personas vinculadas afectivamente a una persona que fallece por suicidio, entre los que se incluyen familiares, amigos, compañeros e incluso el médico, psiquiatra u otro terapeuta que la asistía”. (p.168). Respecto a lo anterior, Shneidman (1985), en el contexto Norteamericano y en su momento, expresó el alcance de la conducta suicida, al hacer referencia a las 750.000 personas que al año elaboran un duelo por suicidio de un miembro de su familia, en donde según este autor, estos allegados al sujeto suicida (incluidos el personal de salud), se quedan no solo con la sensación de pérdida, sino también, en palabras del autor “con el legado de la vergüenza, el miedo, el rechazo, el enfado y la culpa” (Pg. 101).

Lo anterior da cuenta de que las investigaciones se han centrado principalmente en la familia como sobrevivientes del suicidio (Gordon, 2022; Osorio, 2020; Zuñiga, 2020; entre otros), y en menor medida en el terapeuta. Sin embargo, dentro de los estudios que hablan del profesional como sobreviviente del suicidio está la investigación “*Narrativas del duelo en profesionales de salud mental sobrevivientes en el suicidio*” de Munera, (2013) citada por López (2021), en donde la autora hace alusión que, “la muerte de un paciente por suicidio es una de las experiencias más impactantes y complejas de procesar para quienes han trabajado con él” (p. 52).

López, (2021) por su parte, comprende lo anterior como una tríada muerte-suicidio-duelo, pues lo entiende como, “una ruta que no resulta ni lineal ni mucho menos predecible, sino más bien interactiva y dinámica, en la que el terapeuta puede encontrarse en el centro”. (Pg. 53). Sin embargo; desde diferentes posturas psicológicas se enseña al profesional a posicionarse desde afuera, desde un papel neutral para intervenir los dilemas o fenómenos humanos para no verse entrampado en los mismos.

Por otro lado, Cerel, Jordan y Duberstein, (2014) refieren que, los sobrevivientes a menudo se culpan a sí mismos por las últimas palabras que fueron intercambiadas con el fallecido, bien sea un padre, un compañero, un hermano y así en adelante. Incluso si estos sujetos concluyen que ellos no fueron directamente responsables por la muerte, pues en palabras de los autores: “la mayoría de estos supervivientes parecen presentar dificultad con lo que perciben como una “falla” para anticipar e intervenir y así prevenir el suicidio de su ser querido” (p. 39). Lo que invita a pensar que, si estas sensaciones, pensamientos y efectos surgen en la familia, ¿qué pasa entonces con el terapeuta?, si el terapeuta conocía a la familia, ¿Cómo cerrar el proceso aun

cuando el portador del síntoma no se encuentra físicamente? y ¿Existe una mutua culpabilización cuando se consuma la idea suicida? En relación a estos interrogantes, Young, et al. (2012) citado por López (2021), refiere a la culpa abrumadora como un efecto característico de la idea de lo evitable del suicidio. Este efecto y/o concepto, tuvo una relación estrecha con las ideas sobre el rol profesional en las entrevistas que se realizaron en dicha investigación.

Finalmente, lo anterior, da cuenta de la importancia de la presente investigación/intervención, pues parte de conocer y comprender a través de la experiencia, el significado de la pérdida de un consultante mediante un abordaje cualitativo, y desde una mirada integradora en saberes como la psicogenealogía y la terapia narrativa apostando por alternativas de intervención frente al fenómeno del suicidio, se visibiliza que dicha experiencia resulta además de ser para el terapeuta un “golpe” incluso en su narrativa profesional, un aparente evento que nutre las narrativas deficitarias que a su vez, mantienen los discursos alrededor del psicólogo clínico como el responsable de la salud mental de las personas y en consecuencia, puede contribuir a invisibilizar los múltiples factores que rodean el suicidio (antecedentes de suicidio en el sistema y/o de diagnósticos de psicopatología personales, consumo de SPA, vulnerabilidades a nivel familiar, social o ambiental, enfermedades crónicas o de difícil manejo, soledad, dificultad para asumir desafíos propios de la etapa del ciclo vital y/o violencias de pareja o familiares) que van más allá del consultorio. Lo anterior, hace que se siga pensando en el suicidio como un fenómeno individual, intrapsíquico, con manejo único de un profesional, etc. que mantiene el problema mismo del suicidio y además la invisibilización del ser de los terapeutas. Por lo que, la apuesta en este trabajo está encaminada al terapeuta y los procesos autorreferenciales transformando así, esta mirada simplificada y lineal que le resta agencia a la persona que toma la decisión de suicidarse e hiperresponsabiliza al profesional de salud mental.

Desde otro lugar de observación, al realizar la búsqueda de los avances cualitativos frente a este fenómeno en Colombia, las instituciones académicas y de salud de Psicología suelen tomar un papel distante y silencioso, dejando de lado categorías sustanciales como la experiencia de pérdida de un terapeuta en términos narrativos, los procesos de movilización, reconocimiento en los profesionales de la salud mental cuando estos “pierden” un consultante por suicidio, y escenarios que procuren apuestas dialógicas con diferentes enfoques como conductismo, psicoanálisis, humanismo, psicogenealogía, entre otros. Un vacío teórico y epistemológico, pues, al hablar desde un segundo orden, que según Capra, (1998), “posibilita la configuración de procesos auto y heterorreferenciales que le dan sentido a las formas de construcción del mundo” (p.62), conduciendo al investigador a entender que hace parte de lo que está observando e investigando, rompiendo las lógicas de objetividad e incorporando así la subjetividad como un elemento implícito en la construcción del conocimiento, se requiere un ejercicio adicional como las miradas sistémicas y complejas que hasta ahora no se han tomado, debido a que las mismas invitan a trascender ese paradigma dominante basado en explicaciones biológicas e individuales, pues desde una postura sistémica, la vida de un individuo no se explica totalmente por el funcionamiento de sus mecanismos biológicos, sino desde sus múltiples determinaciones biológicas, sociales, culturales, subjetivas, que lo constituyen como ser humano (Galende, 2008).

Es entonces que, las experiencias o vivencias descritas, no se comprenden desde lógicas individualistas o lineales, sino, desde una mirada amplia y compleja que se reconoce el entramado sociocultural, político, económico, que inevitablemente las cobija.

La autorreferencia y la cibernética de segundo orden

La autorreferencia se entiende como la postura del terapeuta desde una mirada de segundo orden, donde el observador participa en la construcción de lo observado, pues en palabras de Bateson (1972) citado por Maturana (1997):

Creamos el mundo que percibimos, no porque no exista una realidad fuera de nuestras cabezas, sino porque nosotros seleccionamos y remodelamos la realidad que vemos para conformarla a nuestras creencias acerca de la clase de mundo en el que vivimos (p. 4).

Dando cuenta el uso del lenguaje como un elemento articulador de esa experiencia co-construida en la multiplicidad de realidades, encuentros y desencuentros con el otro, trayendo la incertidumbre de lo humano y permitiendo la emergencia de posibilidades para resignificar diferentes formas de vivir, concebir y construir la experiencia humana, que es propia del enfoque sistémico constructivista, construccionista, complejo, que se encuentra inmerso en el proceso terapéutico (Bustamante, 2019).

Lo anterior invita a pensar que nosotros somos en relación con los otros y que logramos a través de esto realizar diversas narraciones acerca de nosotros mismos en las distintas situaciones sociales, por ende, cuando hacemos este ejercicio de narrarnos en situaciones que pueden considerarse socialmente “críticas”, nos solemos narrar a partir de esos términos. En este orden de ideas, la conversación se convierte en el dispositivo en el que los seres humanos como seres complejos configuran sus experiencias vividas y narradas (Shotter, 1996). Respecto a lo anterior y con base al interés investigativo de comprender la experiencia de pérdida de un terapeuta por suicidio consumado de su consultante, se reconoce que dichos procesos son de un orden recursivo. Puesto que, se traen otros sistemas como la familia, los consultantes, la cultura, la sociedad, entre otros, que interjuegan no solo en la construcción de las historias de vida sino también en los dilemas de los terapeutas como sujetos sociales y profesionales.

Respecto a lo anterior, Hearterington, Friedlander y Diamond (2014), exponen este término a través de la metáfora del espejo, para poder explicar cómo el espacio terapéutico refleja eventos, experiencias, vivencias y sentimientos de la realidad de la vida del terapeuta. Los autores parten de la premisa de que el escenario terapéutico brinda valiosas lecciones al terapeuta más allá de su rol en el contexto clínico, alcanzando un ejercicio reflexivo de cómo en las relaciones de los terapeutas como individuos, en sus diversos subsistemas (fraternal, conyugal, parental), incrementan generativamente las interacciones en sus demás entornos.

La autorreferencia entonces, resulta ser un principio que orienta el operar del terapeuta en el ejercicio clínico, y da apertura para que este reconozca cognitiva, emocional y pragmáticamente lo que en él emerge al adentrarse en las experiencias de sus consultantes, para así generar cambios y utilizar eso que siente, piensa y hace para tomar decisiones terapéuticas hacia la

dirección en que estas puedan movilizar al sistema al cambio, incluyéndose a él mismo en ese proceso de cambio o corresponsable del mismo, lo que hace que también tenga que meta observar las formas en que pauta la relación y la conversación, siendo parte del sistema. Por ello, la pertinencia de la relación y/o alianza terapéutica, pues según esta favorece procesos de cambio o transformación en el sistema consultante y en el sí mismo del terapeuta (Ceberio, et al. 2000). Por tanto, al hablar de procesos autorreferenciales hablamos no solamente de nuestras historias, sino principalmente de cómo lo que estamos entendiendo de un fenómeno o dilema nos remite precisamente a estas historias. Esto también lleva a las investigadoras a hacer su mismo proceso de autoobservación de sus procesos, por ello, este elemento es fundamental en la investigación/intervención pues da cuenta de la importancia del ejercicio de resignificación de la pérdida, pero además cómo ésta historia que inicialmente se concibe como una vivencia que perjudica o entorpece la praxis, puede transformarse en recurso para su ejercicio profesional.

El suicidio desde la Narrativa

La escuela o terapia narrativa se sitúa en este trabajo como una apuesta de investigación-intervención terapéutica política que reconoce que no solamente las personas dotan de significado su experiencia a partir de cómo la narran, sino que estas narraciones están permeadas por discursos sociales que llevan a las personas a crear identidades y subjetividades generativas o deficitarias, en donde el sufrimiento y las tragedias generalmente se atribuyen al sí mismo, y de aquí la culpa y demás discursos que emergen en la experiencia de pérdida por suicidio.

En cuanto al orden investigativo, este trabajo parte de los estudios de Echeverría (2005), en donde este autor hace referencia a la ontología del lenguaje, y esto a su vez, se basa en cómo los sujetos dan sentido al mundo que les rodea por medio del lenguaje, por lo que las palabras que usan no son los objetos en sí mismos, son solamente representaciones que estos sujetos emplean para entenderse y hablar en común acuerdo sobre dichos objetos.

Por lo que, al hacer referencia a la terapia narrativa se pretende la exteriorización del problema como un método pragmático discursivo que posibilita abstraer a los sujetos del “problema” por medio de nuevas narraciones (Freeman, Epston y Lobovits, 2001), transformando la *culpa* y los sentimientos de miedo, angustia, temor, desconfianza, dolor y otros que emergen en la experiencia de pérdida por suicidio. Finalmente, White (2004) en su libro mapas de la práctica narrativa, refiere en un caso interventivo de suicidio cómo este acto, es un acto de amor o de resistencia a las lógicas internas familiares.

Es así como el dominio narrativo permite comprender y reconfigurar las historias de los sujetos que consultan, trayendo los discursos emergentes de las conversaciones, promoviendo reflexiones y por ende suscitando nuevos significados, los cuales, activan nuevas versiones de la historia que se cuenta, pues según Méndez, Coddou y Maturana (1988), “desde el momento en que buscamos una explicación, estamos en la reflexión, ya que toda explicación es una reformulación del suceder del vivir, que se daba desde el observador” (pp.21-22). Asimismo, se invitaría a deconstruir discursos sociales de algunos contextos que continúan situando la responsabilidad del fenómeno del suicidio, al suicida y al terapeuta que le asistía.

El suicidio desde la Psicogenealogía

La Psicogenealogía como enfoque de la Psicología permite conocer el legado familiar que se trae por generaciones, creando así conciencia de la respuesta que se puede tener frente a diversas situaciones significativas y/o de la cotidianidad del sujeto, en las que pueden estar inmersos los pensamientos, las acciones y las emociones de los ancestros. Schützwemberger (2008), una de las pioneras de la psicogenealogía, en su libro “Ay mis ancestros” refiere que:

“Los hechos son testarudos y el inconsciente tiene buena memoria, el ser humano como un eslabón en la cadena de generaciones. Existe una especie de lealtad invisible que nos impulsa a repetir, queramos o no, situaciones agradables o acontecimientos dolorosos; muchas veces, debemos pagar las deudas contraídas en el pasado por nuestros ancestros. Somos menos libres de lo que creemos, pero si comprendemos las repeticiones y coincidencias podremos reconquistar nuestra libertad, escapar de las trampas del destino y vivir nuestra propia vida. También los pueblos pueden buscar soluciones reparatorias para los hechos traumáticos que permanecen vivos, pero sin resolución: exclusiones, asesinatos, duelos no realizados, genocidios. Mediante la integración del psicoanálisis, el psicodrama y el enfoque sistémico” (citada por Pasini, 2010, p. 238).

Adicionalmente, para hablar de Psicogenealogía es necesario incluir el *psicogenosociograma*, el cual, es un instrumento que permite conocer la vida y el pasado de la persona que consulta, con el objetivo de entender los lazos y vínculos familiares, por lo que permite una representación gráfica de los vínculos y las relaciones; asimismo, posibilita visualizar la construcción del árbol genealógico, vínculos significativos, características de los integrantes, patrones de comportamiento, repeticiones que se dan de generación en generación, fechas significativas, enfermedades, muertes, profesiones, rupturas, alianzas, entre otros. Adicionalmente, facilita la ubicación de acontecimientos sociales, políticos, culturales, y económicos de cada generación, analizando cambios en cada periodo de su existencia, por lo que incluye de tres a cuatro generaciones (Sierra, 2011).

Lo anterior, y con relación al fenómeno del suicidio, para quien acude a terapia, se hace necesario desde esta mirada conversar acerca de hechos que se consideran de difícil asimilación y elaboración, dentro de ellos el suicidio, puesto que, usualmente este evento suele configurarse desde significados sociales de vergüenza a estas historias de pérdidas, generando que se vuelvan prohibidas. Así que no solamente se reivindica la historia actual sino las pasadas. De esta manera, Sierra (2011), refiere desde la experiencia que en consulta se visibilizan discursos como “contándolo descubro que no solo soy yo el problema, parte de mi familia está involucrada en esto” (p.29). Es de esta forma que se enfatiza en la importancia de la elaboración del psicogenosociograma, puesto que devela según esta autora el “sanar lo que se necesite, entender lo que se requiere entender, y elaborar lo que hace daño” (p.21).

Por otro lado, Castellá (como se citó en Fonseca, 2019), plantea el vínculo materno-filial como: “aquellas circunstancias que rodean la concepción, la gestación y cómo las ha vivido la madre marcan la diferencia” (p.23), concluyendo así que, la concepción es el instante más decisivo de la existencia del sujeto social, así como el orden de nacimiento en el sistema familiar, pues se

ha encontrado una fuerte tendencia a compartir memorias de manera horizontal con algunos hermanos y vertical con miembros de la familia de otras generaciones (abuelos, tíos, primos), que suelen ocupar el mismo lugar en el orden de nacimiento del sujeto portador del síntoma.

Respecto a lo anterior, Schützenberger, (como se citó en Pasini, 2010), plantea que existe una transmisión transgeneracional inconsciente de lo no resuelto, lo no dicho, los secretos y lo impensable, considerando como canales de transmisión: la vida intrauterina, donde el inconsciente materno transmite experiencias al inconsciente del hijo, diferenciándose de la vida generacional consciente que es brindada por los relatos entre abuelos, padres, nietos e hijos (De Roux & Segard. 2007).

Finalmente, y respecto al propósito de esta investigación/intervención, resulta imprescindible desde la mirada genealógica, reconocer lo que sucede con el terapeuta, como sobreviviente en duelo por suicidio, entendiendo así que, en palabras de Sierra (2016), “la muerte nos recuerda nuestra propia mortalidad, nos confronta de inmediato con esta emoción primaria del miedo a la no existencia” (p. 78). De la misma manera, al hablar de suicidio suele emerger una resonancia significativa en los sobrevivientes frente al discurso que Rigel (1998), describe como “una solución eterna para lo que a menudo no es más que un problema temporal” (p.51). Por tanto, hablar de suicidio desde la psicogenealogía implica considerar que existen diversos tipos de suicidio, dentro de los cuales se puede mencionar: *del más allá, de liberación, ordenados, religiosos, de mentira, por lealtad*. Lo que implicaría una mirada más amplia a los significados, vivencias y sensaciones atribuidos a la pérdida en los sobrevivientes. Finalmente, y en relación al terapeuta, Sierra (2011) comprende que, ser libre exige un encuentro personal con la historia, por lo que, considera que la terapia psicogenealógica consiste en una inmersión en el mundo emocional de la historia familiar de la persona que consulta (en este caso el terapeuta), y develar cómo dicha historia incide en las elecciones y decisiones de esta persona, lo que da cuenta de la relevancia que cobra la historia familiar, generando en la presente investigación/intervención la posibilidad de conversar y enriquecer las comprensiones frente a la autorreferencia del terapeuta en la experiencia de pérdida de un consultante por suicidio.

No obstante, lo anterior no desconoce que en el proceso dialógico las investigadoras/interventoras no se permitan develar o visibilizar sus propios significados y narrativas privilegiadas, puesto que, de esta forma se pueden nutrir las reflexiones que pueden surgir en los escenarios. Es así como se da lugar a la premisa que se ha ido adoptando en la formación, y es la de ser coautores de una historia que no es de la propia autoría, e incluso reconocer que ese otro llega a ser coautor en la de las observadoras.

MÉTODO

Este trabajo investigativo/interventivo fue desarrollado desde la metodología cualitativa de segundo orden, pues desde la mirada de González (2006), dicha investigación supone comprender el quehacer del investigador desde un ejercicio dialógico e interpretativo en el que éste es la voz de sus participantes, sin desconocer que el conocimiento es dinámico y co construido. Por lo que, tratar de comprender un fenómeno supone transformaciones en el mismo, y dichas transformaciones abren a nuevas posibilidades comprensivas.

Convocatoria:

La población se adquiere a través de una convocatoria en la que se realiza difusión por medio de infografía digital en redes sociales, voz a voz con grupos de psicólogos, dentro y fuera de la institución académica (USTA), en el programa de psicología, la maestría y el servicio de atención Psicológica.

Psicólogo participante:

Psicólogo y Magister en psicología clínica, 10 años de experiencia laboral como psicólogo clínico, actualmente en procesos y abordaje a menores implicados en casos de abuso sexual por medio de operador del ICBF.

Hombre Bogotano de 31 años de edad, el mayor en su generación, por tanto hijo uno de dos en familia monoparental materna, convivencia en casa familiar con abuela materna, madre, hermana y mascota. Familia extensa materna cercana-amalgamada; paterna distante, estado civil soltero en un vínculo de pareja de noviazgo sin hijos.

Demás participantes:

Psicólogo experto en terapia narrativa:

Psicólogo y Magíster, Investigador en el área de la Psicología clínica, la identidad y la pareja. Psicoterapeuta. Docente de planta con experiencia de 13 años en la USTA. Autor de artículos en revistas académicas, relacionados con la construcción narrativa de la identidad. Participación como ponente en eventos nacionales en temas relacionados con la identidad en la narrativa y problemas de pareja. Miembro del Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC).

Psicóloga experta en psicogenealogía:

Psicóloga, especialista en salud mental, docente de diferentes universidades, entre ellas la universidad Piloto de Colombia y la universidad Distrital Francisco José de Caldas. Autora de varios textos de la colección Renacer, publicados por la editorial San Pablo. Desde sus investigaciones y pasiones terapéuticas se encuentran los temas de pérdidas y duelos, vínculos de familia y pareja, desde una mirada transgeneracional y su correlación con el cuerpo. Actualmente conferencista invitada a eventos nacionales e internacionales y directora académica en programas de formación y entrenamiento a profesionales en tema de pareja, familia y psicogenealogía. Cofundadora de la escuela de Psicogenealogía en Evolución Colombia.

Contexto del caso:

Adolescente de 15 años, menor de 3 hijos en una familia monoparental materna, estudiante de bachillerato, intervenido por ICBF en un proceso aproximado de tres meses, por situación de presunto abuso sexual, con participación de su núcleo familiar, donde se acordó con el terapeuta cierre de caso por cumplimiento de objetivos y criterio del sistema familiar, según refiere el psicólogo participante.

La investigación se sustenta en un diseño metodológico de un estudio de caso, el cual, según Stake (2005), tiene como característica central el estudio a profundidad de alguna unidad, entendiéndose esto como una persona, una familia, una institución, en este trabajo investigativo/interventivo, un/a psicólogo/a clínico. Adicionalmente, Yin (2003), refiere que la implementación del estudio de caso es decisiva cuando son temas pocos estudiados o

novedosos, como lo pretende el estudio sobre la autorreferencia en la experiencia de pérdida de un terapeuta por suicidio de su consultante. Se diseñaron, así, cuatro escenarios (encuentros) que articulan la autorreferencia y la experiencia de pérdida. Los focos, actores, técnicas y dispositivos terapéuticos utilizados en estos escenarios se presentan en la Tabla 1.

En este sentido, se trabajará alrededor de una de las categorías propuestas por Estupiñán & González (2015), historia, siendo concepto clave para el análisis de resultados y para los modos de operar en la propuesta investigativa/interventiva. A continuación, se definirá:

Historia:

Este concepto alude a aquellos relatos culturales, sociales e históricos, que atraviesan las narraciones. White y Epston (1993), refieren que, los discursos dominantes tienden a ubicarse en un nivel más amplio, y en distintos planos como el individual o familiar. Por lo que, estas narrativas privilegiadas se entienden como aquellos mandatos o reglas que impiden la emergencia de novedades en las historias de vida de los sujetos, y que en el ámbito clínico están relacionadas con la experiencia de malestar o sufrimiento.

La caracterización de los escenarios se definió a partir de los principios y la apuesta a la construcción de conocimiento complejo, nominados metafóricamente con base en los objetivos propuestos en la investigación. Así mismo; se definieron focos desde las categorías de análisis propuestas en cada mirada (terapia narrativa y psicogenealogía). Además, los participantes, fueron incluidos desde la necesidad de análisis requerida según la información anteriormente referida. Finalmente, los cuatro (4) encuentros se dividieron en escenarios, en donde se implementaron instrumentos tales como; entrevista semiestructurada, grupo focal (1 y 2) recursos lingüísticos propuestos por la terapia narrativa y psicogenealogía (3), y equipos reflexivos (2 y 4). Equipo reflexivo segundo nivel de observación (4). Tabla 1. Escenarios de investigación-intervención (ver anexo 1).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente proyecto de investigación-intervención se ejecutará teniendo en cuenta los lineamientos legales y éticos establecidos en la Resolución No. 008430 de 1993, en donde hace alusión a la calificación del riesgo, respecto a esto, se contempla un riesgo de nivel mínimo, teniendo en cuenta que se desarrollan estrategias como los escenarios conversacionales, que podría evocar diversas sensaciones y emociones en el psicólogo participante, pero también pueden existir cambios a nivel de significados y/o relacionales en cuanto a la comprensión de la experiencia vivida y sentida de la pérdida de su consultante, de igual forma, es pertinente mencionar que el proyecto no conlleva riesgos a la integridad física. Asimismo, es imprescindible resaltar que en esta investigación prima el respeto a la dignidad, la protección de los derechos y el bienestar de los sujetos participantes profesionales que se contemplan en el estudio.

Por otro lado, vale la pena mencionar que, las investigadoras/interventoras que dirigen la presente investigación son psicólogas graduadas, actualmente están formándose en la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia de la Universidad Santo Tomás, lo que da cuenta que, las profesionales están capacitadas en la atención en crisis (si ha de ser necesario). De igual forma, las investigadoras cuentan con el apoyo, conocimiento, acompañamiento y supervisión de una docente de la maestría, Magíster en Psicología Clínica y de la Familia. Por lo que, esta investigación da cuenta del cuidado integral del o la participante. Debido al fenómeno de interés en esta investigación (experiencia de pérdida de un terapeuta por suicidio de su consultante), en caso de que se perciba alguna situación de riesgo, se cuenta con la posibilidad de activar rutas de atención, y de ser necesario, se remitirá a los Servicios de Atención Psicológica de la USTA, de este modo él o la participante sería atendido(a) por un psicoterapeuta en formación de la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia.

Igualmente, la presente investigación cobija la Ley 1090 del 2006, que hace explícita la confidencialidad de la información que se suministre en los encuentros del trabajo investigativo/interventivo, por lo que, tanto las investigadoras como la docente directora del trabajo investigativo, tienen la obligación de mantener y cuidar la confidencialidad de la información obtenida del participante, bien sea información recogida a través de recursos como grabación de audio/vídeo, registro fotográfico, etc. En ese sentido, la información únicamente será revelada a terceros en circunstancias particularmente específicas, como un evidente riesgo, amenaza o daño a la persona o a otros. Asimismo, lo anteriormente expuesto recoge lo mencionado al inicio del apartado, y se conecta con el artículo 23, el cual expone que se debe guardar el secreto profesional, junto con el artículo 29, que se considera en este trabajo fundamental, puesto que hace alusión a que en caso de divulgar la información con fines académicos y/o investigativos, la identificación de los participantes en ningún momento será expuesta.

En cuanto a la política de datos personales, los datos suministrados y/o recolectados para proceder a los encuentros permanecerán en absoluta reserva, cuidando la seguridad y confidencialidad de dicha información, por lo que su uso será únicamente en el marco de la investigación. Adicionalmente, la información que se encuentre en las grabaciones de video y/o audio serán utilizadas únicamente por las investigadoras y docente directora. Ahora bien, en relación con el principio de beneficencia, todo el ejercicio de la investigación/intervención estuvo encaminado a buscar el máximo beneficio para el participante, la protección de sus intereses y la promoción de su bienestar.

RESULTADOS

A partir del proceso de análisis de la información, se organizaron las siguientes tres categorías para exponer las comprensiones construidas en este proceso investigativo: 1. Análisis Narrativo - Historia de la experiencia de pérdida. 2. Análisis narrativo - Historia de la Autorreferencia. y 3. Meta observación-pragmática. Adicionalmente, se presenta el lugar que tuvo el diálogo entre saberes como un ejercicio que posibilitó el proceso, el cual fue un elemento transversal en el análisis realizado. Finalmente, se distinguen los participantes del encuentro y los fragmentos de los mismos en las siguientes conversiones; Psicólogo participante (PP) Profesional en

psicogenealogía (GS) Profesional en terapia narrativa (JF) y por último, se distinguen los escenarios de la siguiente manera: Escenario 1 (E1), Escenario 2 (E2) Escenario 3 (E3).

Historia de la experiencia de pérdida:

En la experiencia de pérdida se vislumbran tres esferas; relacional (sistema terapéutico), personal y profesional. Respecto a la relacional, se percibe en el participante y el sistema una relación difusa debido a la reacción inicial del terapeuta frente a la noticia:

“Cuando empecé a leer, creí que era una broma, me reí, dije usted me está jugando una broma”, “No, es muy serio doctor, mi hijo se mató” en ese momento yo dejo el celular en la mesa y me quedo como una estatua, no logro entender nada, se me pasa por la cabeza la imagen del niño y digo en qué momento pasó esto?, ¿cómo así que pepito se quitó la vida?, me dan ganas de preguntar muchas cosas, pero no es ni el medio, ni el momento para hacerlo”. (PP;E1)

Teniendo en cuenta lo dicho por el terapeuta, se visibiliza en la experiencia de pérdida una reacción inicial de shock, dentro de la cual hay incredulidad, confusión, recuerdos y cuestionamientos. Por su parte, la lectura que hace el terapeuta, de considerar esta noticia como una “broma”, da cuenta de una relación terapéutica donde los límites parecen borrosos según la respuesta inicial de este. No obstante, el terapeuta rápidamente, se permite un momento de pausa para gestionar sus emociones, priorizando la prudencia y evitando así la impulsividad en su reacción, la cual pudiera revictimizar a la madre de su consultante, lo que visibiliza un primer acto de cuidado para ambas partes. Siendo el segundo un encuentro personal de reconocimiento como sobrevivientes:

“Creo que necesito hablar con la mamá, creo que tanto ella como yo necesitamos hablar de esto y poder compartir qué fue lo que ocurrió (...) la señora llega la semana después, obviamente fue un momento muy difícil para ella, ingresa al consultorio y me empieza a contar lo que ocurrió, me acuerdo que ese espacio fue más para darle la posibilidad de desahogarse con todo, acordando que íbamos a volver a vernos”
(PP;E1)

El terapeuta da cuenta de la relevancia de externalizar lo que pasa por él y por la madre de su consultante, reconociendo el impacto como sobrevivientes de la pérdida, para ella “desahogo” y para él “aminorar la incertidumbre y comprender parte del evento”.

Respecto a la esfera personal, el terapeuta reconoce que está transitando un proceso de pérdida, que además es repentino, no mediado por la alerta de una remisión, lo que lo ubica en su dimensión personal al afrontar una situación que socialmente subestima esta posición, privilegiando la responsabilidad y dimensión profesional.

“En 10 años cómo psicólogo, sé que era una posibilidad, pero nunca lo llegué a imaginar, es el primer caso que sé que se quita la vida (...) fue ahí cuando dije wow es mi primera pérdida pero pues no pensé que llegara a ser de esta manera ni tampoco que

fuera a ser de este estilo, aunque creía que este chico contaba con muchos recursos para la edad que tenía” (PP; E1).

El terapeuta da cuenta de un proceso paradójico en la pérdida, donde reconoce que la muerte de un consultante es una posibilidad en el ejercicio clínico, aunque una “imposibilidad” en el pensamiento de terapeutas o psicólogos clínicos. Por otro lado, las experiencias de pérdida en su historia familiar le permiten transformar el concepto de la muerte.

“Mi familia y yo vemos el duelo de una forma diferente, pues cada fallecimiento en la familia se siente como que se va apagando un poco más la luz de todos, y en ese sentido creo que fue tratar de no hacer eso, dado que yo creo que no necesariamente es así” (PP;E1)

Desde la experiencia de pérdida de varios miembros de la familia posterior a la del consultante, fue posible repensar las muertes, apostando a que esta sea una experiencia que encienda, y no que apague. “Intenté aplicarlo con la muerte de mi consultante, y fue decir, “ lo que vayamos a sentir ahorita que sea una manera de celebrar lo que él era y el carácter que tenía, independientemente de que estuviéramos o no de acuerdo con la decisión que tomó” (PP;E3)

El terapeuta visibiliza que las pérdidas no necesariamente deben enmarcar al sujeto desde la naturaleza de su muerte, sino desde quien fue en vida, reafirmando en el suicidio, que un acto de AMOR es respetar la decisión del otro (GS;E2), donde respetar, no significa estar de acuerdo, si no reconciliarse con la decisión, las formas de ver la vida y la muerte, lo que puede leerse como “coherencia” en el ejercicio personal y profesional.

“Me había tomado muy a la ligera la muerte de mi consultante, me di cuenta con ustedes que vale la pena tomarse el tiempo para conversar sobre lo que implica perder a alguien, no más allá de que sea un consultante o de que sea familiar” (PP;E3)

Se da cuenta de la importancia de darle lugar y elaborar cada pérdida, reconocer la relevancia de contar con el tiempo y espacio para gestionar, lo que implica reconocer su sentir y las acciones con base en esas emociones. Finalmente, en la esfera laboral, se vislumbra que la experiencia de pérdida generó en el terapeuta un cuestionamiento frente a la praxis y las emociones que lo acompañan en ese momento

“Yo sigo repasando las imágenes del chico cuando estaba en sesión conmigo, las últimas conversaciones, recuerdo que yo decía, si en lugar de haberles dado la opción de cerrar o ampliar el proceso, sencillamente yo hubiera decidido continuar” (PP;E1)

A partir de la pérdida emerge una reacción sobreprotectora en el terapeuta, quizá como estrategia de prevención al marcar esta, un antes y un después en su rol profesional, reflexionando frente al lugar que le da la madre del menor al compartirle la muerte de este, reafirmando su lugar como sobreviviente, lo que le invita a comprender que la pérdida no

necesariamente debe ir de la mano con el dolor, sino que también puede estar acompañada de oportunidades, cambios y transformaciones que favorecen a su resignificación.

Para cerrar, no se desconoce que esta experiencia visibiliza una dicotomía entre el sentir y el deber ser del terapeuta, ligado a las expectativas de las instituciones académicas y laborales, puesto que, para este caso el psicólogo reconoce que el cumplimiento de dichas expectativas contribuyó a un proceso de ingenuidad desde el discurso del respeto a la “autonomía del sistema” dejando de lado la potencia de “la intuición” en su praxis.

Historia de la Autorreferencia:

Durante los encuentros, la narrativa del participante visibiliza tres discursos privilegiados: familiares, experienciales (praxis) y de su posicionamiento (reflexivo). Frente al primer discurso, el terapeuta desde su historia de vida, ayuda a otros como mandato familiar, esta ayuda fue comprendida como deuda por no vivir en sufrimiento, lo que condujo a acciones orientadas al sacrificio.

“El tener que ayudar a la perfección, la ayuda a otro siempre fue algo muy marcado en la familia y desde ahí fue algo que yo siempre quise mantener, porque de una u otra manera yo le debía algo a las personas que sufrían. En mi vida no ha habido mucho sufrimiento y como que yo estaba en deuda con la gente. Y pues desde ahí, obviamente me saturaba muchísimo con todo lo que hacía”. (PP;E1)

Lo que entre líneas da cuenta de la naturalización del sacrificio, permitiendo que el terapeuta verbalizara lo que ha implicado para él “ayudar al otro”, reconociendo un mandato que guarda relación con la necesidad de cargar el malestar hasta agotarse, sobrepasando los tiempos y posibilidades desde su posición, rol y/o realidad. Siendo esto una pauta transgeneracional de “aferrarse”, lo que en sus palabras condujo a actos de sobreprotección como un recurso aprendido del sistema familiar, especialmente ante las pérdidas para evitar sentimientos de culpa.

Además, desde su rol en el sistema familiar, genera estrategias para mitigar el riesgo de mostrar su vulnerabilidad, considerando recursos “prácticos” que protejan la versión de sí mismo como superhéroe, en donde está latente la noción de la imposibilidad de cometer errores, lo que contribuye a una continua autoexigencia y cuestionamiento en su praxis, dilema que está gestionando como proceso de autocuidado especialmente frente a la pérdida, en donde reconoce que el espacio de la investigación le permitió detenerse, reevaluar su existencia, y cómo se ha relacionado con el otro, visibilizando un ejercicio de obediencia a dos mandatos, uno de aferrarse a los que quiere y el segundo evitar el “qué hubiera pasado si” o en su defecto la culpa.

“Me voy para la casa, me voy pensando en lo mismo, en el chico en la sesión, qué se me pasó por alto, que no vi que hubiera pasado si? (...) intentaría hacer más cosas como para cuando se lleguen a ir, pues que me sienta tranquilo con la manera en la que decidí vivir esos espacios con ellos” (PP;E1)

Con base en lo anterior, el terapeuta reconoce la importancia de revisar cómo están los vínculos con seres queridos para fortalecerlos o no, asimismo, la importancia de reescribir la historia, haciendo oposición al sistema frente a los significados de cómo vivir la muerte y la pérdida.

“Entonces no siento que se apagó algo, sino al contrario estoy más atento a, y recientemente me han llegado muchos chicos con diagnóstico de depresión, entonces me he sentido en la obligación de profundizar más, volví a leer a Linares, estoy volviendo a conectar con esto, para estar más pendiente y poder sentir que puedo hacer un poco más por, pero pues seguir respetando la decisión que en algún momento un consultante pueda tomar”. (PP;E3)

Lo anterior, conlleva a un proceso paradójico o dilemático entre la lealtad de los aprendizajes heredados y los aprendizajes obtenidos de otros contextos, como la academia. Pues en su narrativa dominante, toma como referencia su historia familiar y su formación, transformando las pérdidas como diría (GS;E2) respetando la decisión del otro, y para este caso, la de su consultante.

De esta manera, conecta con el segundo discurso, desde lo experiencial (praxis), el terapeuta genera otras miradas para considerar diferentes posibilidades de intervención, favoreciendo incluso una reconciliación con la no certeza, pues la formación académica puede distanciarnos del lugar del dolor respecto a la muerte, reconociendo ¿qué perdió con la pérdida de su consultante?. En donde se identifica desde lo tangible, (la no existencia) y desde lo intangible (la seguridad y la confianza); lo que favorece a la reflexividad frente a la vulnerabilidad humana y profesional.

“para mí como persona, y cómo psicólogo creo que perdí un poco la seguridad para atender estos casos, como la confianza de que igual eso puede pasar, yo no puedo pretender salvar a todos y que pues nosotros no somos más que personas que estamos intentando ayudar, pero pues eso no implica que esa ayuda llegue a tiempo, llegue en el momento o que esa ayuda sea lo que esa persona está necesitando” (PP;E1)

Lo anterior, da cuenta de la remembranza como un ejercicio que favorece la reflexión respecto a la experiencia de pérdida, pues desde allí el terapeuta visibiliza el dilema entre el deber ser y la posibilidad de hacer, entendiendo la pérdida o la muerte no como una luz que apaga a los sobrevivientes, si no que se enciende, permitiendo un mayor estado de consciencia en sus procesos y decisiones. Asimismo, la co-construcción del relato fue un recurso para conectar con la emoción, favoreciendo al acompañamiento humano más que al razonamiento esperado como profesional. Y es desde este lugar de enunciación, que el terapeuta se permite la intervención, comprendiendo sus límites en el contexto laboral y ética profesional, dando lugar a los tiempos y la autonomía del sistema consultante.

Finalmente, en el tercer discurso privilegiado, posicionamiento (reflexivo), el terapeuta reconoce sus inicios como profesional desde una mirada lineal, en la que hubo una postura netamente directiva, desconociendo el significado del sistema terapéutico, (del cual hace parte),

posiblemente desde la angustia, invisibilizando las necesidades del sistema consultante. Lo que con la experiencia se ha permitido transformar a partir de un cuestionamiento en su apuesta de salvador, y al soltar la posición de salvador y salirse del libreto, se permitió mayor conexión con el otro, en donde se propone ser un compañero para crear nuevas realidades, apostando por una mirada esperanzadora que significa su experiencia desde la consigna “ir al psicólogo te saca sonrisas en medio de situaciones difíciles”. De esta manera, cuando hay malestar o sufrimiento se posiciona como una persona que acompaña y no solo como un profesional que interviene.

Lo anterior, es entendido como una resignificación en las apuestas del terapeuta frente a sus intervenciones, resaltando la importancia de la calidez, el disfrute y el humor en los procesos, lo que desde posturas radicales puede perderse en el ejercicio clínico. Asimismo, da cuenta de la irreverencia como un recurso en la praxis para no caer en **miradas dormitivas o deterministas frente a los fenómenos clínicos** y las intervenciones en los mismos. Para finalizar, en este caso hay una invitación a favorecer el tránsito del sufrimiento como un ejercicio posibilitador para los sobrevivientes, lo cual invita a visibilizar la corresponsabilidad social frente al fenómeno del suicidio, en donde no sólo es un dilema para el consultante, la familia y el terapeuta, sino también para los diferentes contextos; siendo estos parte del cambio, pese a la comodidad o incomodidad que genere, pues es de aclarar que existen diferencias marcadas entre el respeto y la justificación, lo que implica ampliar el cuestionamiento y la trascendencia social y cultural frente a la pérdida por suicidio.

Meta observación-pragmática

La co-construcción de los encuentros permitió reconocer aspectos relevantes en el relato del participante; discursos familiares, sociales, culturales, institucionales y vislumbrar actos simbólicos, invitaciones profesionales y el impacto de tejer conversaciones desde la persona del terapeuta.

La construcción que existía en el relato del participante alrededor de la experiencia de pérdida a nivel familiar, posibilitó el reconocimiento de los mandatos familiares y controvertirlos haciendo oposición a los mismos: “Decidí que pues yo voy a respetar lo que mi familia piensa acerca de cuándo un ser querido fallece, pero también voy a empezar a tener una imagen un poco distinta” (PP;E3).

Es así como el reconocimiento de estos mandatos y creencias pueden estar enmarcados alrededor de “ayudar” ser “salvador o héroe”, además son reafirmados a nivel cultural y social, convirtiéndose muchas veces en “peso” para las apuestas personales y profesionales del psicólogo e impactando sus formas de ser y estar en el mundo. Por lo anterior, se invita a estos profesionales a ser cuidadosos en la toma de decisiones, puesto que, para este caso, se visibiliza la relevancia que da el terapeuta a identificar las expectativas y su posicionamiento frente a estas.

Asimismo, **se hace una lectura de la institución laboral pública para la cual el psicólogo participante labora**, donde se prioriza la atención a familias, invisibilizando el sentir del

terapeuta, pues en el relato se identifica una mínima preocupación por la salud mental del profesional y un interés por privilegiar el cumplimiento de metas según la demanda laboral, favoreciendo a una cotidianidad del profesional acelerada y normalizada que minimiza la posibilidad de “detenerse y evaluarse”, lo que alimenta el discurso de priorizar el deber ser antes que el ser en el ejercicio clínico.

A partir de lo anterior; en este caso, el espacio favoreció para que el terapeuta reconociera que es importante hacer un ejercicio reflexivo, introspectivo y de elaboración frente cada experiencia de pérdida, hacer una pausa y reconocer la emoción que generó cada una de sus pérdidas, posibilitando un ejercicio diferenciador entre el discurso que tiene como terapeuta frente al discurso de la persona que está transitando este o estos eventos.

Asimismo, que el terapeuta se disponga a tener conversaciones con diferentes contextos, como la familia de su consultante, familia de origen del terapeuta y el espacio de investigación-intervención, posterior a la pérdida, centradas en la identificación de un sentir común frente a la persona fallecida, evitando señalamientos o culpas y favoreciendo la relación terapéutica. Teniendo así que la irreverencia para este terapeuta posibilitó procesos de confrontación hacia lo normativo como: la pérdida de un consultante y la naturaleza de su muerte, no como algo que debe ser sufrido sino algo que debe ser honrado, las experiencias de pérdida invitan a procesos de transformación, las pausas favorecen para reconsiderar los recursos utilizados y otras posibilidades que se hayan requerido en su momento, puesto que cada proceso conduce a diferentes caminos que no siempre son visibles durante el acompañamiento terapéutico y, comprender que la salud mental invita a los psicólogos a hablar de la vida y de la muerte.

De otro lado, respecto a los actos simbólicos, se visibiliza la remembranza y los rituales como un recurso esperanzador para el sistema terapéutico. Dado que, las estrategias como las conversaciones de remembranza favorecen a que se movilice la pérdida, de un luto doloroso a un luto que celebra la vida, y los rituales inciden en cómo terminamos contando las historias, lo que visibiliza una posición genuina desde el inconsciente. Puesto que, los procesos autoreferenciales, la forma como me entiendo a mí mismo y la forma cómo construyo mi identidad está ligada a la manera como narro mi historia (JF;E2).

Adicionalmente, para este caso, la madre del consultante consideró relevante involucrar al terapeuta en su proceso de duelo, aunque no fue muy claro su propósito, según el discurso del psicólogo participante, si logró impactar y significar su rol como terapeuta. Lo que da cuenta de la importancia del lugar que éste da a la familia (en este caso la madre) y el que la madre le da al terapeuta en la experiencia de pérdida, lo que favoreció un proceso conjunto de sobrevivientes para hacer un cierre al mismo. Asimismo, el encuentro permitió invitar a los psicólogos a reflexionar frente a la idea de “no es que nunca nos haya pasado (la muerte de un consultante por suicidio), quizás no lo sabemos”.

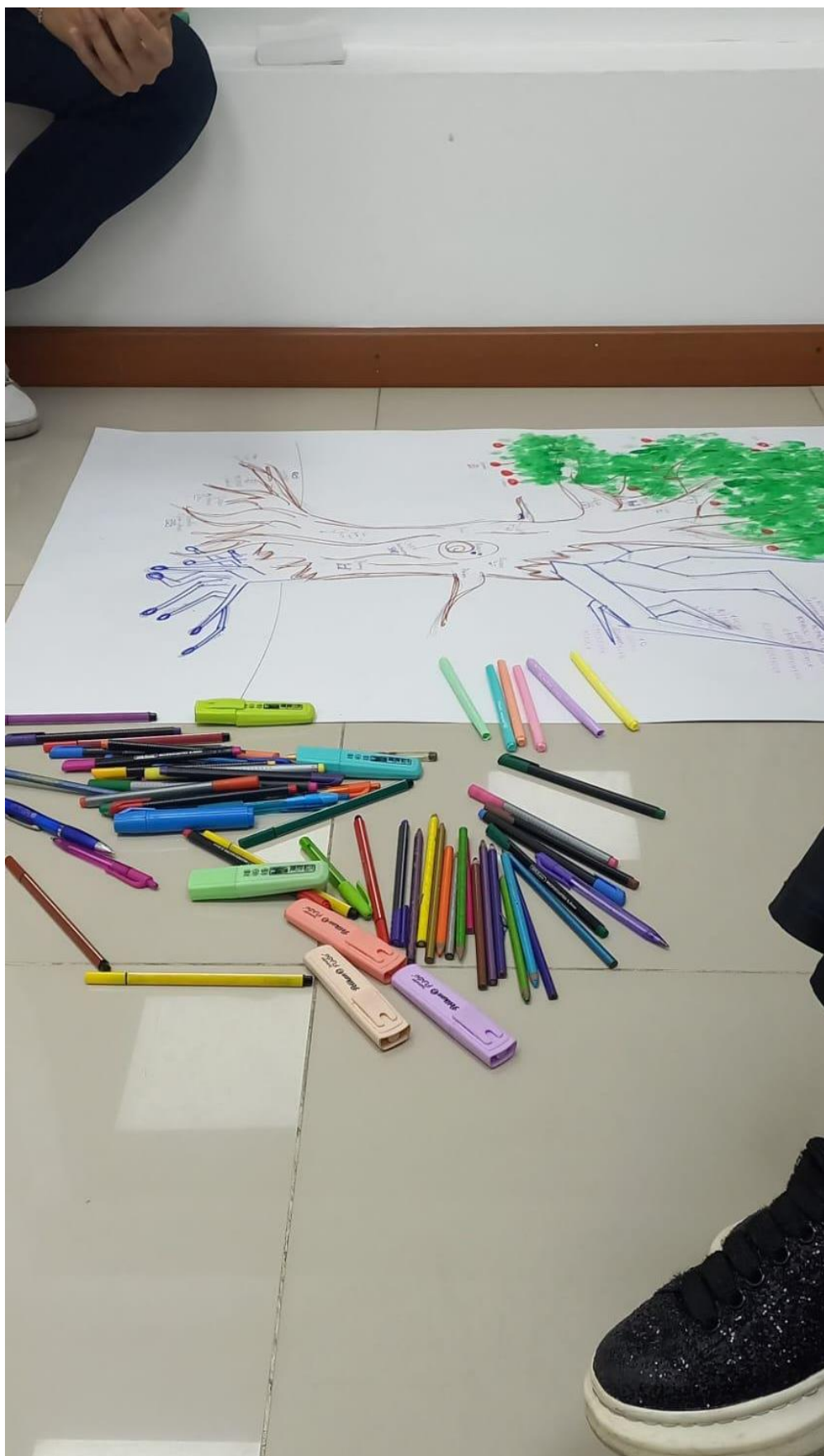
Del mismo modo, se reconoce el impacto que tuvieron los escenarios en conjunto (psicogenealogía y terapia narrativa) pues, el uso de preguntas que orientaron la conversación (ver anexo 1) favoreció para que el terapeuta resignificara la “ayuda” como un acompañamiento, reconociendo los límites en las intervenciones y respetando los tiempos, libertades y necesidades de los consultantes. Asimismo, el ejercicio de conversar, permitió re-narrar la experiencia, pues sabemos que no solamente estamos hablando, sino elaborando (GS;E2) de tal manera que el tipo de muerte no sea carta de presentación del fallecido, sino

contar con la posibilidad de rescatar sus virtudes, recursos y posturas como combustible de vida para los que quedan. Es así como el espacio terapéutico es una oportunidad para iluminar lugares oscuros

“He sentido que mi trabajo ha sido un poco llegar con una luz a donde está el consultante en la familia, que puede ser un lugar muy oscuro” (PP;E1).

A partir de las reflexiones emergentes, el lugar del espacio terapéutico no se pauta alrededor de una necesidad dolorosa, si no de un evento significativo para la persona frente a una conversación humana y respetuosa, a su vez la experiencia de pérdida de un consultante y el darle lugar favoreció para ver la muerte como una oportunidad de gratitud, teniendo así que para el terapeuta, este evento significó cuestionar y posicionarse frente a la polarización que se presenta entre la teoría y la experiencia, sin desconocer la dicotomía entre irreverencia y obediencia frente a mandatos familiares y profesionales. En este sentido, la reflexividad fue un recurso para repensar-se en el qué hacer del psicólogo y sus implicaciones, cuestionando las miradas tradicionales hegemónicas de la vida y la muerte que reducen la libertad de decisión, lo que reafirma un rol pasivo del consultante y de salvador en el terapeuta.

Finalmente, desde estos encuentros se extiende una invitación a los psicólogos a no ubicarse como héroes, idealizar el cambio y mantener la idea de sacrificio en el rol profesional. De esta manera, minimizar la ingenuidad, reconociendo el detrás de cámaras de la demanda de ayuda de los consultantes, ser flexibles frente a su posicionamiento en terapia, puesto que este favorece a potenciar los recursos reconociendo, desde la humildad que somos parte de una historia, no la historia del consultante. Asimismo, se invita a la coherencia en el qué hacer del psicólogo y la persona detrás del terapeuta frente a procesos de autocuidado preventivos y favorecedores para su salud y la del consultante, lo anterior representado en la siguiente metáfora no poner alfombras bonitas sobre un piso dañado, sino levantar la alfombra y hacerle la reparación que requiere el piso (en este caso el reconocimiento de sensaciones en la experiencia de pérdida de un consultante por suicidio).



Escenario 3: Recursos lingüísticos

DISCUSIÓN (diálogo entre saberes):

Durante los encuentros se distinguen diversas esferas que componen el discurso del participante (familiar, social, cultural y personal). Para empezar, respecto a la esfera familiar, refiere el suicidio es una decisión y hay que respetarla (PP;E1), se observa una comprensión complementaria entre ambas miradas (psicogenealogía y terapia narrativa), pues desde la terapia narrativa resulta ser un discurso saturado que White, (2004) define como el relato dominante de la vida de una persona que, por un lado tiene una postura frente a la experiencia y por otro, imposibilita la narración de dicha experiencia en su emocionalidad. Desde psicogenealogía, refiere la oposición o imitación de lealtades frente a la experiencia, de acuerdo con la información que trae el sistema familiar “Si hablara del tema con mi familia, lo primero que viene es que eso es un pecado (...) pues lo más duro es que mi familia no deja ir, por lo mismo, porque si se va, nos apagamos un poquito”. (PP;E1). Es así como Sierra (2011) refiere que un acto de amor es respetar la decisión del otro, sin desconocer la influencia de la lealtad en la historia familiar, puesto que ser leal significa tener acciones, fechas, edades que han conformado la historia familiar, siendo una fidelidad a padres, abuelos y otros antepasados, siguiendo tradiciones familiares y viviendo conforme a ellas (el suicidio visto como pecado y no dejar ir).

Retomando los anteriores planteamientos, se puede apreciar cómo dicho discurso saturado da cuenta de una postura de lealtad por oposición manifestada en reactividad y rebeldía a los comportamientos de los ancestros o las versiones que trae su historia familiar lo que, a su vez le impide tramitar la experiencia desde la emoción que lo acompañó en su momento. Por lo que, la resignificación de la experiencia de pérdida, favoreció a que, desde la narrativa se hiciera un ejercicio de reescritura que White (2004) define como el acto de re narrar para ampliar el discurso y en psicogenealogía un ejercicio de transformación del dolor al honor (desde la gratitud y celebración de la vida).

Es así como ambas miradas concuerdan con la influencia que tiene la autorreferencia en el terapeuta, pues desde la terapia narrativa, la irreverencia se comprende como un sub argumento implícito en su vida e identidad, que al transformarse en narrativa dominante, se convierte en el marco que le permite interpretar su experiencia de pérdida e influye en cómo se narra y narra a su consultante (White y Epston, 1993). Y la psicogenealogía refiere que la categoría de vergüenza, da cuenta de actos reprochables de acuerdo con las normas, creencias familiares y sociales; lo cual conecta con la postura de Cyrulnik, quien llama a la vergüenza un “veneno del alma” afirmando que ésta es causada por las representaciones sociales o familiares vigentes en cada momento histórico. De esta manera, con base en la experiencia de pérdida del consultante por suicidio, el terapeuta da lugar a lo que para este fue una “posible solución”, y así durante la investigación, se visibiliza la identificación con su consultante frente a la irreverencia y lo que quería hacer con su vida.

De otro lado, desde la narrativa y a partir de la dimensión familiar del terapeuta, la pérdida queda en un estado de “no dicho”, y como respuesta se generan actos de “protección” desde el silencio u omisión. Lo que en psicogenealogía se nomina como “secreto” que de manera

implícita conlleva al mismo propósito de “proteger” a la familia, lo que visibiliza un punto de encuentro entre las dos miradas. Es así como el terapeuta describe actos que pudieran relacionarse con un posible temor a la pérdida por alguna razón no dicha, “entonces mi mamá que se siente la salvadora de la familia, empieza a asumir responsabilidades con, y sin quererlo mi hermana también asume más, y entonces empezamos a sentir un poco más la presión de que nosotros estamos a cargo, más que la esposa y la hija en el caso de mi tío, eso empieza a generar muchas más confrontaciones en mi casa porque yo empiezo a decir, entiendo que es tu hermano pero él tiene una esposa y ella también quiere estar ahí” (PP;E2)

Este discurso, da cuenta de las lealtades visibles e invisibles que asume el terapeuta desde la imitación a la sobreprotección de manera inconsciente, y la oposición desde el reconocimiento de que el bienestar de otro no es solo su responsabilidad, renunciando además, al lugar de experto (White, 2004), y adoptando una postura ante el problema, lo que favorece a compartir posibilidades para afrontar la necesidad, y el rompimiento de la imposición de ser quien resuelve, según el aprendizaje materno “soy consciente de que no es mi decisión y que por más de que yo quiera decirle no o lo que sea, para este caso (suicidio) si el consultante lo tiene claro lo va a hacer, pero si me prendió, siento que estoy un poco más atento a, e intentó orientar a otras familias sobre eso, como “pilas si llega a pasar esto” (PP;E3)

De esta manera; el terapeuta, también comparte en su discurso que su abuelo y él tienen una posición privilegiada en el sistema, que conlleva la responsabilidad de ser la cabeza o líder, el abuelo por jerarquía en la familia, el terapeuta por ser el primer nieto. Es así como en psicogenealogía desde la categoría de contabilidad familiar, existen pautas de repetición inconscientes, donde cada familia cuenta con su libro mayor de deudas y méritos de cada miembro, entretejiéndose de generación en generación. Lo que visibiliza la transmisión transgeneracional inconsciente de lo no resuelto, diferenciándose de la vida generacional consciente que para este caso, son relatos de la familia del terapeuta “En mi familia la pérdida implica mayor sufrimiento, llorar más, reunirse menos y no disfrutar”

De otro lado, desde la terapia narrativa se visibiliza en las pérdidas, discursos saturados desesperanzadores y dolorosos, encarnados en el sistema familiar en un relato dominante de sufrimiento sostenido, lo que obstaculiza la reconstrucción de la identidad familiar, puesto que ésta permanece cristalizada en el malestar, y el sacrificio resulta un mandato escrito de su vida y sus relaciones que le dan un lugar en el mundo. Lo que en psicogenealogía se nomina como creencias desastrosas, las cuales conllevan al cumplimiento de expectativas ajenas favoreciendo a la pertenencia en el sistema y naturalizando procesos dolorosos con el fin de sentir merecimiento de logros.

Con base en lo anterior; se visibilizan dos puntos de encuentro entre ambas miradas: el sufrimiento como un mandato familiar ante la pérdida; lo que en narrativa corresponde a un relato dominante, mientras que en psicogenealogía a procesos desde el inconsciente y el consciente.

De otro lado, ambos enfoques distan en que: desde la narrativa no hay posiciones que determinan al sistema familiar, para psicogenealogía hay un orden de llegada de los miembros al sistema que favorece a contar con características y encargos que dan cuenta de la contabilidad familiar (saldar deudas) en este caso abuelo-nieto mayor. Asimismo, se reconocen

algunos focos que cada mirada privilegia en la observación, la terapia narrativa, cuando cuenta con influencia sistémica, se enfoca en la persona, apostando por procesos de reescritura individual, donde invita a pensar que los discursos y mandatos familiares cristalizan, frenan o limitan el desarrollo de la historia del sujeto. De otro lado; se visibiliza, cómo la psicogenealogía invita a ver los recursos que ofrece el sistema familiar a partir de su historia, lo que favorece al proceso de gratitud por las lealtades que potencian la toma de decisiones, que a su vez renuevan no solo la historia de la persona sino además la de generaciones venideras, apostando por una mirada sistémica y por ende un beneficio colectivo.

Adicionalmente, frente al significado de la sobreprotección, en la terapia narrativa posibilita la libertad de lo que el terapeuta desea expresar con base en aquello que le hace sentido alrededor de las experiencias vividas. Mientras que, desde la psicogenealogía es entendida como una lealtad por imitación con base en los mandatos familiares de protección a la vida.

Para cerrar la esfera familiar, se establecieron preguntas orientadoras respecto al linaje paterno y el materno. Sin embargo, el terapeuta no permitió profundizar respecto al paterno, es de aclarar que desde un ejercicio de respeto por los límites del participante, no se insiste en temas que se niegue a conversar, lo que aporta a una lectura de reconocimiento desde ambas miradas, teniendo así que: desde la psicogenealogía algunas inquietudes pueden perdurar a partir de la negación al reconocimiento del linaje paterno y su historia, lo que invisibiliza lealtades que pueden posibilitar el “darse cuenta”, aunque desde esta mirada prima el respeto por el límite a indagar, en este caso el PP, proponiendo que lo encontrado “es perfecto”. Adicionalmente, desde la terapia narrativa se debe a un juicio normalizador que impidió en el proceso generar invitaciones a reflexionar acerca de algunas posibilidades que abren los acontecimientos extraordinarios, nuevos significados, preguntas que lo involucren activamente en la reescritura de su vida y sus relaciones.

Respecto a las esferas sociales, culturales y laborales que envuelven al terapeuta, históricamente se ha ubicado al salvador en una posición que conlleva al reconocimiento, lo que posiblemente favorece para sostener un discurso intelectual que pretende oponerse a esta mirada tradicional, especialmente en el rol del terapeuta. Lo anterior, se ve sostenido a partir de los mandatos familiares frente a tener que ayudar a la perfección:

“La ayuda a otro siempre fue algo muy marcado en mi familia y desde ahí fue algo que yo siempre quise de una u otra manera mantener. Ahora con la maestría recuerdo la idea de que yo también había estudiado psicología, porque yo le debía algo a las personas que sufrían, en mi vida no hubo mucho sufrimiento y como que yo estaba en deuda con la gente”. (PP;E2).

Asimismo, se reconoce un discurso cultural Colombiano en el que pareciera que dar es un compromiso y recibir es un regalo, para este caso, existe una mirada tradicional y rígida asociada a lo aprendido culturalmente donde la acción de dar, corresponde a un ejercicio validado y reconocido, dejando así el “recibir” como una deuda, desequilibrando al sistema, lo que conlleva a que el terapeuta se sienta en obligación de hacer algo por otros niños, y minimice el derecho de recibir lo que sus padres le ofrecieron desde la responsabilidad de paternar. De esta manera, desde la terapia narrativa termina significando un discurso privilegiado para el sistema familiar en relación al acto de “compensar” que tiene la funcionalidad de reafirmar la

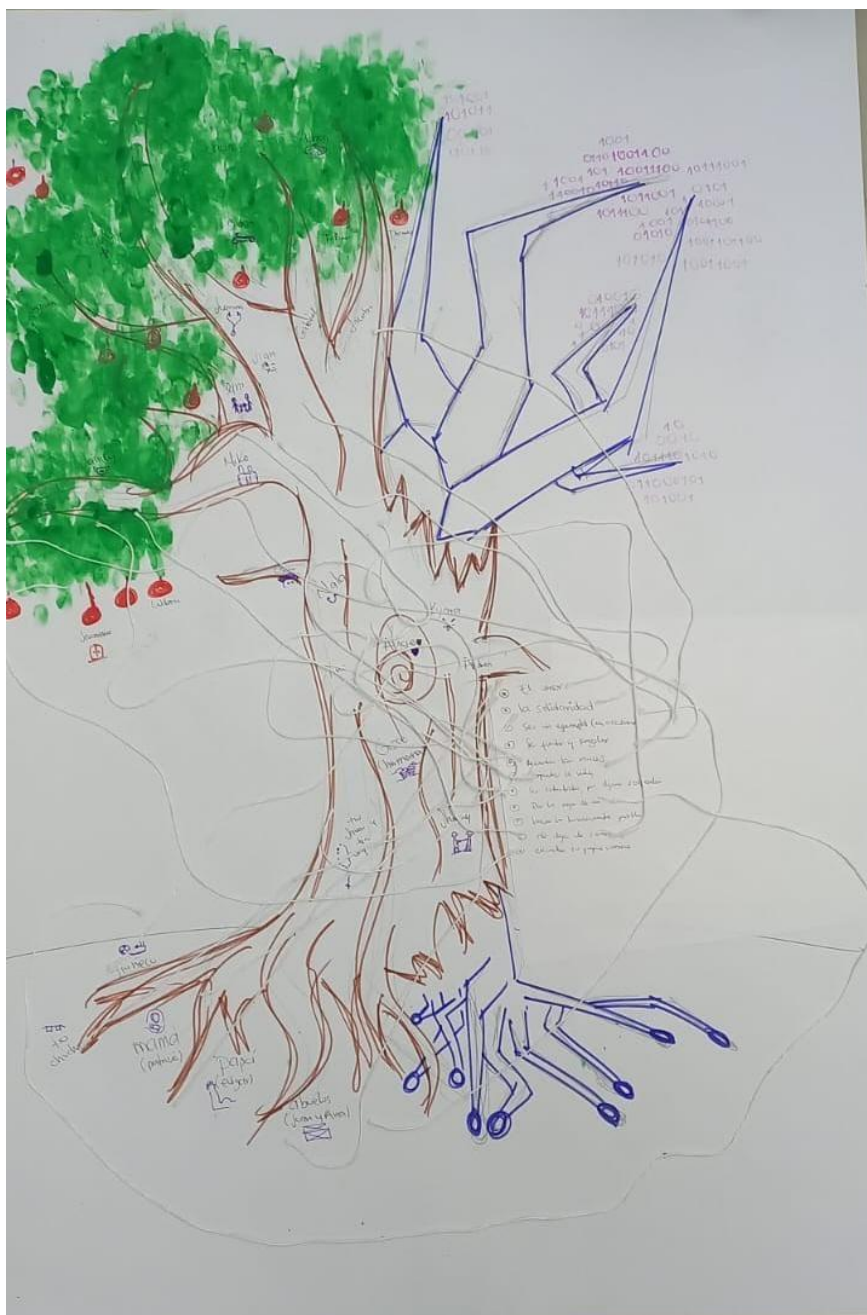
identidad y prácticas relacionales a través de generaciones. Por su parte, desde la psicogenealogía se entiende el dar y recibir como “equilibrio en los intercambios”.

Finalmente, en la esfera personal (el ser del terapeuta). Desde la terapia narrativa, la versión de héroe puede entenderse como parte de su relato identitario (White, 2004), puesto que corresponde a una historia que el participante construye de sí mismo, que puede re-construirse en el ejercicio de la re-narración dando cuenta, que se sostiene la versión de héroe por los actos de sobreprotección en sus diversos contextos de interacción. Adicionalmente, la psicogenealogía invita a la nominación como proceso de sanación, y al rastreo de “comité de aplausos” y “ganancia secundaria” (tener una voz privilegiada), lo que favorece a la pertenencia (ser parte de), lo que da lugar a las situaciones, sensaciones y/o personas que participan en nuestra construcción identitaria. Es así como la narrativa saturada del deber ser (respetar la decisión del otro) contradice versiones de sí mismo (postura salvadora).

Adicionalmente, desde la psicogenealogía, la construcción de identidad es influida por las creencias familiares, las cuales entregan una responsabilidad que a su vez “compromete” a la persona. De esta manera, hay expectativas frente al deber de saldar deudas transgeneracionales, en este caso el abuelo como cabeza de la familia, genera una lealtad invisible en el terapeuta, a partir de su parecido físico y el rol de nieto mayor (ahora cabeza de su familia). Teniendo así, desde la narrativa relatos de sí mismo que se construyen en la medida que se cuentan a otros a partir de recuerdos e interpretaciones, estos pueden considerarse verdades absolutas, y al reescribirse, construyen nociones alternas del sí mismo (White, 2004).

Por lo que, desde la terapia narrativa, para el (PP) estudiar psicología fue una posición política de reescritura de la vida (White, 2004). Y desde la mirada psicogenealógica, el inconsciente tiene un papel relevante en la historia de vida, tomando como base los procesos de reparación que dan cuenta de la contabilidad familiar, para “saldar una deuda” que transgeneracionalmente haya quedado pendiente.

Sin embargo, ambas miradas distan en la posición de irreverencia, la cual se entiende como novedad en la narrativa (al asumir una posición política frente al duelo, que le permitió controvertir mandatos de dolor), mientras que desde la psicogenealogía sigue la línea de obediencia inconsciente asumiendo una (lealtad por oposición). Así como en los caminos que conducen a la libertad a pesar de que ambas miradas apuestan por esta, teniendo así que se visibiliza desde narrativa, lo que implica para la persona dicha libertad; mientras que en psicogenealogía, lo que implica para la persona y su familia desde un ejercicio de reconocimiento que favorece a la comprensión de decisiones, promoviendo procesos de libertad de mandatos.



Producto de la investigación-intervención

CONCLUSIONES

En la presente investigación-intervención, y a partir del estudio de caso, se observa que, desde la terapia narrativa las historias son dinámicas, son cambiantes, y en el proceso coevolutivo es posible renegociar los términos de esas historias (duelos, sacrificio, compensación, salvador), por ende, el inicio de las historias no necesariamente amarran su curso. Por su parte, desde psicogenealogía existe la posibilidad de resignificar la historia, reconociendo las dinámicas familiares sostenidas transgeneracionalmente, lo que favorece a reescribir desde el aprendizaje de la experiencia de vida, a partir de la lealtad por imitación u oposición, lo que aporta a la transformación de cada persona y a su vez de cada generación.

Adicionalmente, esta experiencia de pérdida nos recuerda que al pasar por una situación de malestar o conflicto, los seres humanos estamos invitados a reescribir, reconstruir y decantarnos todos los días, con el fin de enriquecer la historia desde la novedad, pasando del dolor al honor, a partir de acciones en honor al ser que ya no está, y resignificando un duelo que en lo social, familiar y estructural es injustificable culturalmente, donde son inevitables las inquietudes y/o sensación de culpa que puedan emerger, lo que reafirma la influencia de la autorreferencia del terapeuta como oportunidad de reconciliación del sí mismo, su historia y su praxis. Es así como la terapia narrativa invita a la externalización del problema como una posibilidad de abstraer a los sujetos del “problema” por medio de nuevas narraciones, transformando la culpa y los sentimientos de miedo, angustia, temor, desconfianza, dolor y otros que emergen en la experiencia de pérdida por suicidio. Asimismo, la psicogenealogía invita a involucrar la praxis, el estilo, la historia, el saber y reconocer todo lo que nos construye y compone para realizar el acompañamiento armónico y no puntuar en procesos polarizados de sufrimiento (malestar) o generatividad (oportunidad).

Asimismo, se rescata que la psicogenealogía es una apuesta que favorece al zoom de la historia de vida del sistema consultante y su familia, sin que esto la reduzca a una mirada lineal, por el contrario, ver la historia desde la honestidad, la gratitud, el recurso y la posibilidad de resignificar eventos que pueden influir en las decisiones de nuevas generaciones, por lo que al hacerlos visibles y conscientes aporta a la reducción del riesgo de repetición cuando han sido eventos traumáticos. Por su parte, la terapia narrativa, favorece que las historias se van reescribiendo, por ende, los sujetos no están amarrados al inicio de las historias, diríamos en la narrativa, que no necesariamente se reemplaza, sino que esa narrativa se enriquece. Quiere decir que las versiones iniciales pueden estar, pero ya no están solas, sino que ahora están acompañadas de muchas otras. Adicionalmente, la psicogenealogía invita a permitir la intervención desde reconocer y reconocer-se en la historia, lo anterior conversa con la terapia narrativa en tanto que, las personas están compuestas por historias. Sin embargo, el énfasis que le da la psicogenealogía a las historias está orientada a generar procesos de gratitud. Por su parte, la terapia narrativa centra la historia para generar procesos de resistencia, en donde ambas conllevan a la libertad, y por ende al cambio.

Por un lado, desde el equipo reflexivo realizado en el cuarto escenario (ver tabla 1), en ambos enfoques se visibiliza cuestionamientos frente a puntos de referencia en las intervenciones. Por su parte, la psicogenealogía visibiliza la terapia narrativa centrada en lo generativo, lo que posiblemente conlleve a un relato “positivo” cuando puede no necesariamente serlo. Por su parte, la terapia narrativa vislumbra en la psicogenealogía una lectura del sujeto como preso de su historia genealógica.

Por otro lado, el impacto que tuvo el diálogo entre ambas miradas, favoreció para profundizar el término de “autorreferencia” al permitirse un proceso de reconocimiento en la experiencia de pérdida por suicidio, posibilitando a su vez ampliar las comprensiones y el lugar del terapeuta en el mismo, sin desconocer que, aunque las posturas cuentan con nominaciones diferentes, suelen encontrarse en el análisis o en el ejercicio de observación e intervención, como ejemplo se visibiliza que la narrativa refiere al uso de rituales y la psicogenealogía actos simbólicos o guiones reparadores.

En el ejercicio investigativo desde la narrativa, se observan elementos que no necesariamente tienen que reescribirse, y desde psicogenealogía hay una invitación a reconocer y conectar la situación con la historia de vida, posibilitando un ejercicio de libertad y respeto por la puntuación y conexión que haga cada persona. Por ejemplo, en esta investigación-intervención, la reacción de la familia frente al profesional favoreció para que no hayan señalamientos que conlleven a procesos de culpa, rompiendo así con la lógica del terapeuta como el salvador. Finalmente, se visibiliza un conflicto interno en el rol profesional, reconociendo que es posible caer en ejercicios implícitos de obediencia cuando se crean discursos de irreverencia en los procesos interventivos, concluyendo que, tanto en la vida como en el ejercicio profesional son complementarios. Adicionalmente, en los discursos del psicólogo participante, se vislumbra el uso continuo de la generatividad lo que dificultó la posibilidad de reconocer y reconocerse de manera genuina en su autorreferencia, debido a que minimiza esas otras versiones que trae el linaje paterno que a su vez, trae posibles acontecimientos significativos, priorizando el cumplimiento de expectativas sociales antes que su sentir.

Para cerrar, las investigadoras interventoras visibilizan que el magíster sistémico no solo requiere “incluirse como parte del proceso y/o sistema terapéutico”, si no que además es importante compartir el significado que su participación tiene para él como persona y para la familia que solicita el acompañamiento.

Alcances

Un alcance de la presente investigación- intervención fue la posibilidad de establecer conversaciones desde dos miradas (psicogenealogía y terapia narrativa) para enriquecer y posicionar conceptos psicológicos como la autorreferencia. Asimismo, permitió mayor acercamiento frente al terapeuta reafirmando como un sobreviviente del fenómeno del suicidio.

De otro lado, el estudio de caso permitió a las investigadoras explorar un fenómeno complejo para obtener una comprensión profunda y contextual a partir de múltiples dimensiones (social, cultural, familiar, personal), así como desafíos y oportunidades específicos que alimentan la autorreferencia del terapeuta a través de la experiencia de pérdida de su consultante. Asimismo, a partir de la flexibilidad en el uso de recursos de recopilación de datos como entrevistas, observaciones (metaobservación), y recursos lingüísticos favorecieron en la construcción de preguntas orientadoras que permitieron comprender la autorreferencia del terapeuta en la experiencia de pérdida de su consultante.

Limitaciones

Al ser un estudio de caso, la investigación cuenta con una versión de la experiencia y de cómo se vivencia desde esa autorreferencia, por lo que los resultados están enmarcados a ese contexto único.

Propuestas para futuras investigaciones

Realizar investigaciones con un mayor número de psicólogos clínicos de diferentes enfoques, y contextos que reconozcan, entretejan y posicionen el rol del terapeuta ante la experiencia de pérdida de un consultante por suicidio.

Asimismo, se invita a los terapeutas especializados en psicología clínica a plasmar construcciones, comprensiones e investigaciones para profundizar, orientar y conversar frente a un fenómeno que resignifica el ser y que hacer ser del psicólogo clínico en Colombia.

REFERENCIAS

- Álvarez, R. (2010). Psicopatología y complejidad. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 28(2), 169–173.
- Aranda, A. (2014). Despedidas sin adiós: conversaciones sobre la muerte y la vida. Violencia social y suicidio en el sureste de México. Secretaría de Salud del Estado de Campeche. Páginas 168-202
- Ardila, S. y González, M. (2020). Comportamiento suicida: subjetividades en la dinámica interna familiar. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 12 (1), 82-101. [http://revlatinofamilia.ucaldas.edu.co/downloads/Rlef12\(1\)_6.pdf](http://revlatinofamilia.ucaldas.edu.co/downloads/Rlef12(1)_6.pdf)
- Arnold, M., Osorio, F. (1998). Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de sistemas. *Cinta Moebio*, 1(3), 40-49. Recuperado de <https://www.moebio.uchile.cl/03/frprinci.html>
- Archbold, G., González, E., Ospina, D. y Toro, E. (2019). Relaciones entre el construccionismo social y la terapia familiar narrativa. *Revista Universidad Católica Luis Amigó* (3) 163-182. <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/RULuisAmigo/article/view/3264/2500>
- Bertalanffy, L. (1978). Tendencias en la teoría general de sistemas. Alianza, 208.
- Bustamante, A., Pérez, D. Bedoya, L., y Herrera, O. (2019). Terapia familiar sistémica. Sobre el self del terapeuta. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 11(1), 89-108.
- Capra, F. (1998). La trama de la vida (Anagrama). España.
- Cerel, J, Jordan, J y Duberstein, P. (2014). The Impact of Suicide on the Family. *Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 29(1):38–44
- Cyrułnik, B y Pon, Irazazábal (2011). Morirse De Vergüenza: El miedo a la mirada del otro. Editorial Debate
- Dallos, R. (1996). Sistema de creencias familiares. Barcelona. Paidós
- Delval, J. (1997). Hoy todos son constructivistas. *Cuadernos de Pedagogía* 257, 78-84.
- Echeverry, D. (2018). Análisis de la violencia obstétrica asociada con la violencia de género y la violación de los derechos humanos en Colombia. [Tesis de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Tomado de: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/4185/1/2018_analisis_violencia_obstetrica.pdf
- Echeverría, R. (2003). Ontología del Lenguaje (6.a ed.). J C Sáez.
- Estupiñán, J., González, O. y Serna, A. (2006). Historias y narrativas familiares en diversidad de contextos (Vol. 2). Ediciones USTA.
- Estupiñán, J., & González, O. (2015). Narrativa Conversacional, Relatos de Vida y Tramas

- Humanas. Bogotá: Universidad Santo Tomás.
- Gordon, E. & McElvaney. (2022). Directing from the shadows: Women's experiences of male relative suicide bereavement. *Journal of Family Therapy*, 00, 1-12.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1467-6427.12388>.
- González, O., Pedroza, M. & Vargas, L. (2020). Abordaje a familias en duelo asociado a suicidio. una revisión del tema. Universidad U.D.C.A. Repositorio institucional
<https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/2832/M%C3%B3nica%20Pedroza%20%2013022020%20%20C.%20%20Ps.%20Marlen%20Aguilar.pdf?sequence=1&id=Allowed=y>
- Gomez, A & Gonzalez, J. (2021). El construccionismo social en la conducta suicida: conversaciones narrativas con estudiantes universitarios. *Revista Quaderns de Psicologia*, 23(1) 1561 <https://quadernsdepsicologia.cat/article/view/v23-n1-gomez-rojas/1561-pdf-es>
- Freeman, J., Epston, D y Lobovits, D. (2001). Terapia narrativa para niños: Aproximación a los conflictos familiares a través del juego. Ediciones Paidós.
- Foerster, H. V. (1991). Las Semillas de la Cibernética. España: Gedisa.
- Fonseca, J. (2015). Los Relatos Identitarios y la Emergencia de las Crisis: Diálogos Generativos en los Procesos de Intervención. *Revista de psicología GEPU*. 6(2), 14-30.
<https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/19832/Los%20Relatos%20Identitarios.pdf?sequence=1>
- Gutin, McGann y Jordan (2010). Grief after suicide: understanding the consequences and caring for the survivors. *New York: Routledge*. 31(4):202-10.
- Heraterington, L., Friedlander, M., y Diamond, G. (2014). Lessons Offered, Lessons Learned: Reflections on How Doing Family Therapy Can Affect Therapists. *Journal of Clinical Psychology: in Session*, 70(8), 760-767
- López, A. (2021). Narrativas del duelo en profesionales de salud mental sobrevivientes en el suicidio. *Revista Sul Americana de Psicología* 9(2) pp. 37-56.
<http://190.96.76.12/index.php/RSAP/article/view/3047/2399>
- Martínez, P. C. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión*, (20), 165-193.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64602005>.
- Mejía, J. (2000). El muestreo en la investigación cualitativa. *Investigaciones sociales*, 4 (5), 165-180. <https://doi.org/10.15381/is.v4i5.6851>
- Mendez, C. Coddou, F. y Maturana, H. (1988) The bringing forth of pathology, *The Irish Journal of Psychology*, 9 (1), 144-172
- Ministerio de Salud (2018). Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Tomado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
- Montesano, A. (2012). La Perspectiva Narrativa En Terapia Familiar Sistémica. *Revista de Psicoterapia*, 89(23), 5-50.
- Morin, E., y Pakman, M. (1998). Introducción al pensamiento complejo. Editorial: Gedisa
- Munera-Ramos, P. (2013). El duelo por suicidio. Análisis del discurso en familiares y

- profesionales de salud mental. (Tesis doctoral). Universidad de Granada. Archivo Digital.
- Osorio y Durango, (2019). Comportamiento suicida: subjetividades en la dinámica interna familiar. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 12 (1), 82-101
[http://revlatinofamilia.ucaldas.edu.co/downloads/Rlef12\(1\)_6.pdf](http://revlatinofamilia.ucaldas.edu.co/downloads/Rlef12(1)_6.pdf)
- Pasini, M. (2010). Vínculos transgeneracionales, secretos de familia, síndrome de aniversario, transmisión de traumatismos y práctica del Genosociograma. *Revista de Educación*, 20, pp. 235-239.
<https://www.redalyc.org/pdf/3845/384539802012.pdf>
- Salazar, J. (2003). Estructuras de producción audiovisual. La organización jerárquica como sujeto productor y enunciador del discurso audiovisual [Pregrado]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3223/1/Salazar_sj.pdf
- Sierra, G. (2016). Para vivir los duelos. Editorial San Pablo, España.
- Schnitman, D (2008): Diálogos Generativos, en Rodríguez, G (2008): Diálogospreciativos; El socioconstruccionismo en acción, Madrid, Dykinson.
https://www.academia.edu/43501806/Afrontamiento_generativo_y_desarrollo_comunitario_1
- Shotter, J. (1996). El lenguaje y la Construcción del Sí Mismo. En M. Pakman, Construcciones de la Experiencia Humana 1 (p. 325). Barcelona: Gedisa.
- Stake, R. E. (2005). Qualitative Case Studies. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln. The Sage handbook of qualitative research (pp. 443–466). Sage Publications Ltd.
- Tamayo, G. (2001). Diseños muestrales en la investigación. *Revista Científica: semestre económico*, (4), 7, pp.1-14.
- Vilar, S. (1997). La Nueva Racionalidad. Comprender la complejidad con métodos transdisciplinarios. Barcelona, España: Editorial Kairós
- Von Glasersfeld, E. (1996). Aspectos del constructivismo radical. En M. Pakman. (Ed.), Construcciones de la experiencia humana (pp. 23-43). Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2004). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Editorial Gedisa. S.A.
- White, M., & Epston, D. (1993). Medios Narrativos para Fines Terapéuticos. Barcelona: Paidós
<https://studylib.es/doc/8786895/michael-white---guias-para-una-terapia-familiar-sistémica>
- Yin, R. (2003). Case study research: Design and methods, applied social research. (Vol.5) Sage Publications