

UNIVERSIDAD DEL TEPEYAC

ESCUELA DE PSICOLOGÍA
CON ESTUDIOS RECONOCIDOS OFICIALMENTE POR LA UNAM

**TRATAMIENTO GESTALT ANTE LA PÉRDIDA DE UN SER
QUERIDO EN LA FAMILIA NUCLEAR**

**TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA

ASHMID IVÁN TERRAZAS SÁNCHEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD DEL TEPEYAC

ESCUELA DE PSICOLOGÍA
CON ESTUDIOS RECONOCIDOS OFICIALMENTE
ACUERDO No. 3219-25 CON FECHA 13-VI-1997
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

TRATAMIENTO GESTALT ANTE LA PÉRDIDA DE UN SER QUERIDO EN LA FAMILIA NUCLEAR

TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

ASHMID IVÁN TERRAZAS SÁNCHEZ

ASESOR DE TESIS
LIC. MARÍA DEL CARMEN SEGURA MÉNDEZ
No. CÉDULA PROFESIONAL 2484990

Gracias a Dios por dar la ciencia para que podamos alcanzar la felicidad y la trascendencia en la vida, porque Él se da a la Humanidad, con las personas que hacen el bien y mejoran nuestra sociedad.

Gracias a Cristo Jesús porque él es el mejor psicólogo y él me inspiró a serlo también, gracias por todo.

Gracias a mi querida Madre María del Consuelo Sánchez Prieto, por ser la mejor Madre y Amiga que siempre me quiere, apoya y me brinda todo para llegar a ser el hombre que soy. Gracias.

Gracias a mi querida Hermana Kareem Johan Terrazas Sánchez, para ella le brindo esta tesis en muestra de mí cariño y mi siempre amado recuerdo.

Gracias a Alexia por ser el Bello Ángel que me brindó su vida para poder hacer ciencia y dar lo mejor de mi como persona.

Gracias a mi Maestra Carmen Segura Méndez, por su amistad, sus conocimientos y su ímpetu para crear esta tesis; gracias.

A mis queridos profesores de la Universidad quiero darles las Gracias por brindarme sus conocimientos, experiencias, su tiempo, su apoyo y su amistad que siempre recordaré como una bella etapa de mi vida gracias.

Lic. Alfonso Fernández Martínez

Lic. Ricardo Díaz Gutiérrez

Lic. Bertila Charolet Hernandez

Lic. Victor Sánchez Aguirre
Lic. Edith Castañeda Sánchez
Lic. Angélica Alfaro Sánchez
Lic. Jose Villagran Ruiz
Lic. María Esther Carrillo Ordaz
Lic. Saúl Gonzáles Anaya
Lic. Joel Salinas Mirafuentes
Lic. Carmen Segura Méndez
Lic. Verónica Muñoz Hernandez
Lic. Georgina Aquino Pérez

Gracias a mis amigas y compañeras de la Universidad por su amistad y convivencia en todo este tiempo.

Norma Moreno Garay
Paola Ruiz Velasco
Hilda Zúñiga Hernández
Ivonne Vallejo Salas

Gracias a la Universidad del Tepeyac y a todos los que laboran ahí por brindarme todo para poder ser Psicólogo.

INTRODUCCIÓN	II
CAPÍTULO I DUELO Y LA PÉRDIDA	
1.1 Definición de duelo	2
1.2 Actitudes con respecto a la muerte y al moribundo	7
1.3 Duelos anormales	13
1.4 Fases de duelo	15
1.4.1 Negación y aislamiento	16
1.4.2 Ira	16
1.4.3 Pacto	16
1.4.4 Depresión	17
1.4.5 Aceptación	17
1.5 Perspectivas teóricas	18
1.5.1 Etapas del duelo según Dra. Elizabeth Kubler Ross	19
1.5.2 Etapas de duelo según Igor Caruso	26
1.5.3 Etapas de duelo según Dr. Alfonso Reyes –Zuribia	27
1.6 Pérdida y muerte: miedos y ritos	29
CAPÍTULO II TANATOLOGÍA Y EL PSICÓLOGO CLÍNICO	
2.1 Definición de Tanatología	32
2.1.1 Finalidad y misión de la Tanatología	35
2.1.2 Función y trabajo del tanatólogo	36

2.2 Profesionales de la salud que se encargan del duelo y la pérdida	38
2.2.1 Cuerpo médico	38
2.2.2 El asistente social	42
2.2.3 Los orientadores	43
2.2.4 Agente de pastoral	45
2.2.5 El Psicólogo	48
2.2.6 Participación del Psicólogo ante el proceso del duelo	53

CAPÍTULO III ENFOQUES EN PSICOLOGÍA

3.1 Enfoque Sistémico	59
3.1.1 Características del enfoque	59
3.1.2 Cibernética	62
3.1.3 Enfoque Sistémico aplicado al proceso terapéutico	63
3.1.4 Terapia breve	68
3.1.5 Tipos de terapia de Enfoque Sistémico	70
3.1.5.1 Definición de objetivos	70
3.1.5.2 Terapia orientada hacia las soluciones	71
3.1.5.3 Técnicas terapéuticas sistémicas	71
3.1.5.4 Mapas múltiples	72
3.1.5.5 Mapa de "extraño lazo"	72
3.1.5.6 Imágenes especulares	73
3.1.5.7 La técnica de la bola de cristal	73
3.2 Enfoque Psicoanalítico	75
3.2.1 Energía psíquica	82
3.2.2 Distribución de la energía psíquica	84
3.2.3 Catexias y contracatexias	87

3.2.4	Conciencia e inconsciente	89
3.2.5	Angustia	90
3.3	Conflicto psíquico	93
3.3.1	Mecanismos de defensa	93
3.4	Teoría psicoanalítica de la neurosis	96
3.4.1	Teoría de la técnica psicoanalítica	97
3.4.1.1	Asociación libre	98
3.4.1.2	Las resistencias	98
3.4.1.3	La transferencia	98
3.4.1.4	Relaciones objetales en la terapia familiar	99
3.4.1.5	Objetivos de la terapia psicoanalítica familiar	100
3.5	Enfoque Gestalt	101
3.5.1	Conceptos teóricos	102
3.5.1.1	El Yo (Self)	102
3.5.1.2	El Pseudo yo	104
3.5.1.3	La Resistencia	106
3.5.1.4	Darse cuenta	106
3.5.1.5	Figura	107
3.5.1.6	Asuntos inconclusos	108
3.5.1.7	Contacto	109
3.5.2	Ciclo de la Experiencia Gestalt	110
3.5.2.1	Interrupciones en el ciclo de la Experiencia Gestalt	112
3.5.2.2	Extracto fóbico	114
3.5.3	Neurosis	115
3.5.3.1	Mecanismos de defensa	117
3.5.4	El diagnóstico	120
3.5.5	Elementos del Proceso Terapéutico	121

3.6 La entrevista inicial	122
3.6.1 La entrevista psicológica	122
3.6.2 La historia clínica	123
3.6.3 El lugar o espacio de la sesión	125
3.6.4 Contrato	125
3.6.5 El tiempo de la sesión	126
3.6.6 Objetivos de la psicoterapia	126
3.6.7 Estructura de la sesión terapéutica	127
3.6.8 El material	128
3.6.9 Los modos de la sesión	130
3.6.10 Desarrollo del Contacto entre el paciente y el terapeuta	132
3.6.11 Cierre de la sesión	132
3.6.12 Duración de un proceso terapéutico (Individual-Pareja-Grupo)	133
3.6.13 El fin de la terapia	134
3.7 Técnicas de la Psicoterapia Gestalt	135
3.7.1 Técnicas expresivas	142
3.7.2 Técnicas integrativas	144
3.7.3 Estrategias Terapéuticas	144
3.7.4 Estrategias terapéuticas específicas por bloqueo	149

CAPÍTULO IV TRATAMIENTO GESTALT ANTE LA PÉRDIDA DE UN SER QUERIDO EN LA FAMILIA NUCLEAR

4.1 Participación del Psicólogo en el tratamiento tanatológico	156
4.2 Metodología de la investigación	160
4.2.1 Objetivos	160
4.2.2 Justificación	161

4.2.3 Hipótesis	161
4.2.4 Procedimiento	162
4.2.5 Resultados de la investigación cuantitativa	162
4.3 Estudio de caso	167
4.3.1 Descripción del caso	168
4.3.2 Datos del caso	185
4.3.3 Motivo de consulta	185
4.3.4 Situación Familiar	185
4.4 Antecedentes	185
4.5 Mecanismos de defensa	188
4.6 Red de apoyo	190
4.7 Objetivo terapéutico	190
4.8 Propuesta de intervención Psicológica	190
CONCLUSIONES	200
BIBLOGRAFIA	206
ANEXOS	210

En la vida de todo ser humano se presentan situaciones inesperadas como la enfermedad, accidentes, separaciones y la muerte, y lleva al individuo a momentos emotivos e importantes en donde debe enfrentar una pérdida y un duelo, con sus actos, palabras, sentimientos y la toma de decisiones. La muerte es un proceso biológico y es un hecho que todo lo que nace debe morir. El ser humano es inteligente y sensible, e interpreta el dolor y la ausencia del ser querido, demostrándolo en muchas formas. La Psicología y la Tanatología son ciencias que estudian y dan explicación a estos sucesos de la existencia.

En la presente tesis describe la información acerca del duelo, su proceso y fases, así como la aplicación de la psicología y tanatología a esta situación, con la ayuda que dan los expertos en salud que se encargan de los enfermos terminales y a los familiares de estos, durante el proceso de la pérdida del ser querido.

La finalidad de la Tanatología es tener una muerte digna, libre de sufrimientos, que se logre una buena relación con los seres queridos y ayudar a la resolución de conflictos. La Tanatología es una disciplina científica cuyo objetivo formal es el estudio tanto del morir como de la muerte misma. No es ir en busca de la muerte, si no que el enfermo y sus familiares la vean como un proceso natural, como una culminación de la vida y se refiere al estudio interdisciplinario del moribundo y de la muerte, y especialmente de las medidas para disminuir el sufrimiento físico y psicológico de los enfermos terminales, la aprehensión, los sentimientos de culpa y la pérdida de sus familiares.

El papel que desempeña el Psicólogo Clínico dentro de la Tanatología es muy importante porque sentirá o experimentará la inmensa gama de sentimientos humanos como son: miedo, dolor, soledad, confusión, desesperanza, agotamiento, impotencia, piedad, indiferencia, trascendencia, al no quedar en el recuerdo, etc.

El Psicólogo Clínico es el especialista que atiende el trabajo de la muerte y el duelo, también comprende al ser humano que sufre como una unidad bio-psico-social y sobre todo espiritual, en el proceso personal de la muerte y realiza una participación activa para lograr una muerte digna y con calidad, así como el consuelo y la aceptación de esa realidad por parte de los familiares y amigos.

Es independiente pero se integra al equipo multidisciplinario (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, etc.) y debe tener conocimientos, capacidades, habilidades, destreza y actitudes, es decir, conocimientos firmes y amplios.

El Psicólogo Clínico busca una beneficencia con una responsabilidad profesional y la autonomía del paciente, así como buscar el alivio de su dolor, buscarle alivio en su duelo.

El primer capítulo trata sobre las definiciones del duelo y describe la serie de relaciones y actitudes que se tienen durante el proceso del duelo cuando la persona aprecia una pérdida real del objeto afectivo (persona amada) y el cambio significativo en su vida y en su entorno. Es difícil para los familiares aceptar en el momento la muerte de un miembro familiar y tratar de sobrellevar el luto. Esto afecta su situación física y mental. Los duelos son una gran inversión de energía tanto física como emocional y éstos pueden tardar incluso años en concluirse. La familia que está pasando el duelo, también hay crisis en sus preceptos ideológicos y religiosos por la situación que aun tratan de asimilar y sobrellevar, teniendo conflictos de percepción, juicio, identidad y valores.

Las actitudes respecto a la muerte y al moribundo donde la muerte es determinada como un fenómeno social y a esta se han creado veneración y culto a través de la historia, en celebraciones y fiestas por el miedo, donde las creencias religiosas, hacen ideas para la aceptación de la muerte y las consecuencias que hay a los sobrevivientes, como la gama de actitudes y ritualizaciones que hay inclusive en la sociedad contemporánea para tratar de evadir e ignorar la muerte. También se refiere a los duelos anormales donde se describe las psicopatologías más representativas.

El capítulo dos contiene lo que es la Tanatología, que es una ciencia que no solamente estudia a la muerte, también aborda los duelos, ayuda al enfermo terminal y a los familiares para aceptar la realidad que están pasando de forma productiva, significativa y de calidad, donde las emociones y lazos afectivos se deben fortalecer, dando una situación de vida y calidad en el paciente terminal, como la aceptación de dignidad y paz ante la muerte, como lo indica su definición es una ciencia del "*buen morir*".

La Dra. Elizabeth Kübbler Ross es la principal expositora sobre la Tanatología, porque en sus investigaciones con enfermos terminales mostró las fases del duelo que llevan, tanto los enfermos terminales como los familiares y el personal de salud que trabaja con los pacientes, demostrando que el paciente terminal debe tener una calidad de vida y debe tener una atención adecuada y humanitaria, respetando sus valores éticos, haciendo sentir a los pacientes terminales como personas útiles e importantes aun en la circunstancia que se encuentran, que se aproveche al máximo el tiempo que tiene, buscando las medidas para disminuir el sufrimiento físico y psicológico de los enfermos terminales, la aprehensión, los sentimientos de culpa y pérdida de sus familiares. Se menciona en el capítulo dos a los profesionales de la salud que intervienen y ayudan tanto a los pacientes terminales como a los familiares en la pérdida y en el proceso de duelo, dándoles el trato adecuado, ético y humano que les haga superar esos momentos difíciles.

En el capítulo tres se explican las teorías psicológicas sistémicas, psicoanalítica y el gestalt, que son las más aplicadas en la pérdida y al proceso de duelo. Los enfoques psicológicos expuestos dan a la Psicología Clínica las formas de entendimiento en la personalidad, la motivación y emoción en el individuo, técnicas, dinámicas, procesos de evaluación, diagnóstico y tratamiento. En metodología y técnicas terapéuticas, su equivalencia radica en el bienestar y productividad de las personas ayudando a mejorar su vida, su entorno, sus ideas, sus sentimientos y sus relaciones sociales.

El enfoque sistémico considera a la persona como un sistema integrado. Se aplica a todo sistema, con independencia con sus tipos particulares de elementos y relaciones, lo incluido en el sistema y lo incluido en el ambiente buscando la diferencia.

Los objetivos de la teoría general de los sistemas en la ciencia es llevar a una integración contextual de instrucción científica de las ciencias naturales y sociales, así como establecer una teoría exacta en los campos no físicos de la ciencia. La teoría de los sistemas aplicada a la terapia familiar tiene un concepto de los problemas, de sus relaciones y comportamiento. En la teoría sistémica se fundamenta en el pensamiento contextual y la organización sistémica circular. La conducta de un miembro de la familia afecta o está relacionada con el número de miembros de la familia.

Los principios de la teoría de los sistemas en la terapia familiar, el sistema familiar es una unidad constituida a través de sus reglas propias, donde los elementos de organización son necesariamente independientes. La intención principal de un sistema es conservar el equilibrio. Los sistemas abiertos como son las familias, se gobiernan por principios dinámicos y de la interacción con el ambiente, y no por principios estáticos o cerrados.

En el enfoque sistémico, en la terapia su propósito es que el paciente y el terapeuta tengan reconocido el problema y así darle una evaluación que sea eficaz, óptima, y significativa. En sus dinámicas y técnicas impulsan hacia el paciente que se de cuenta del problema y con guía del terapeuta sistémico, el mismo paciente de su propia resolución en pocas sesiones.

El enfoque psicoanalítico es una disciplina científica para el estudio de procesos mentales. Es un método fundado en la investigación, explica el determinismo psíquico, las funciones psíquicas inconscientes, mecanismos de defensa, trastornos neuróticos, paranoicos, maniáticos y esquizofrénicos, la recopilación de los datos psicológicos y la explicación del comportamiento conciente del individuo.

La personalidad en Psicoanálisis esta constituida por tres sistemas principales en la psique y es el ello, el yo y el Superyo. En la persona estos tres sistemas integran una organización unificada y armónica. Al funcionar juntos y en cooperación, le ceden a la persona relacionarse de manera eficiente y satisfactoria con su ambiente. La finalidad de esas relaciones es la realización de los deseos primordiales y necesidades básicas. El aparato psíquico es una división de varias instancias, compuestas por grupo de funciones, que pueden conceptualizarse como conjuntos de contenidos mentales y las conforman los recuerdos, los pensamientos y fantasías. Las pulsiones son procesos motivados en el propio organismo, consistentes en una carga energética, y su función es la de suprimir el estado de tensión que se origina por su acumulación, a través de la búsqueda de la descarga por mediación de un objeto del mundo externo, que permita la satisfacción de la necesidad saliente.

En la teoría psicoanalítica, la conciencia y el inconsciente se conservan como cualidades de los fenómenos mentales. El que un contenido mental sea conciente o no, depende de la dimensión de la energía invertida en el y en la intensidad de la fuerza de resistencia que conlleva.

Los mecanismos de defensa son formas de mantener apartado del conocimiento conciente pensamientos, deseos, o estados afectivos displacenteros. El concepto psicoanalítico de relaciones objetales, donde la transferencia es la razón por la que usualmente se dice que el psicoanálisis es para "una sola persona", pero esta afirmación tiene poca validez, porque también puede tratar a grupos y familias para un análisis y donde el psicoanálisis busca en que los pacientes lleguen al *insight*, esto es que se percaten de sus motivaciones inconscientes y que se inicie el cambio.

El enfoque Gestalt considera al individuo con creatividad y en persistente crecimiento llevando conscientemente su comportamiento y desarrollando su superlativo potencial para que alcance las metas de manera productiva en el transcurso de su vida.

El enfoque Gestalt su función es la de proveer el crecimiento del potencial humano y se centraliza en la importancia del proceso de la toma de conciencia de la persona, llevándola a que se percate de cómo está viviendo y creándose a sí misma, a través del auto descubrimiento de sus propias posibilidades, para satisfacer sus necesidades, tomando contacto consigo mismo y con los elementos del ambiente. La Gestalt mantiene en que la persona resuelva sus problemas, dándose cuenta que tiene alternativas reales y así transformando su modo de pensar y de sentir de manera progresiva. En el enfoque Gestalt se maneja los términos *Self* y *Pseudo yo* que conforman a la personalidad y dotados con energía psíquica.

Este ciclo psicofisiológico se produce de forma continua en toda persona relacionada con la satisfacción de necesidades, en terapia Gestalt se le llama ciclo de la experiencia en donde es importante descubrir los bloqueos que se presenten en este ciclo.

Cuando la terapia progresa el paciente es mas abierto y espontáneo mas fácil y utilizando su energía para permitir un funcionamiento total sin interrupciones, actuando de tal manera que el paciente no malgaste su energía para integrar de forma creativa sentimientos conflictivos en el mismo. El darse cuenta es como en *insight* en el enfoque Psicoanalista pero este se caracteriza por el contacto, el sentir, la excitación y la formación de un gestalt. El contacto es significativo porque en este puede existir sin el darse cuenta, pero al darse cuenta no puede existir sin contacto, la formación de un gestalt siempre acompañara al darse cuenta.

El enfoque Gestalt evita poner en el paciente etiquetas fijas de diagnóstico porque esta en el proceso y no en la persona, por los patrones de conducta que repite. El terapeuta evalúa el progreso que el paciente hace en el desarrollo de su conciencia e iniciara la experimentación.

También se explica los procesos terapéuticos que tiene la Gestal es un intercambio de comunicación, en donde toda expresión verbal y no verbal entre una persona que presenta algún tipo de asunto pendiente o problema, el terapeuta es el experto en técnicas vivenciales durante un tiempo determinado y en el que el terapeuta conduce al paciente con interés, paciencia y afecto, llevando una metodología con técnicas adecuadas que aplicará con el objeto de que el paciente aumente su *darse cuenta*.

Capítulo 1

1.1 Definición de duelo

La palabra duelo procede del latín *thanatos* que significa *"el que se duele, el dolorido, el doliente"* y trata de un sentimiento por haber perdido a alguien o a algo, parte en el significado del luto es evidente por la pérdida de un ser querido. Expresa una serie de relaciones y actitudes consecutivas a la pérdida, como respuesta total a la experiencia emocional de la pérdida que se manifiesta no solo a través de pensamientos sino de conductas y sentimientos. El duelo es un sentimiento subjetivo que aparece tras la muerte de un ser querido. Luto o sentimiento de pérdida son términos que normalmente se utilizan en lugar de la palabra duelo. El sentimiento de pérdida se relaciona con el estado de sentirse privado de algún ser querido que ha fallecido. El luto es el proceso que permite la resolución del duelo. (Sherr, 1992)

Freud define al duelo como *"la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc"* (Greenson, 2004, p.76)

En el duelo el sujeto ha experimentado una pérdida real del objeto amado y en el proceso, que se prolonga el tiempo necesario para la elaboración de esta pérdida, el sujeto pierde el interés por el mundo exterior sustrayendo la libido de todo objeto que no remita al objeto perdido. Así, éste es investido por toda la capacidad libidinal que pueda emplear el sujeto a tal efecto, impidiendo toda nueva unión.

El duelo es una reacción natural, personal y única, y ésta es causada por una pérdida real. Es la forma consecutiva de conducta para la expresión del dolor de los familiares de una persona recientemente fallecida.

Toda muerte exige un duelo, o sea una elaboración e integración del acontecimiento de la muerte como parte de la vida de un sujeto, se debe asimilar hasta el punto de reconstruir la vida sin el ser amado, recordándole con amor y cariño, y comenzar el desarrollo de una vida normal, cumpliendo con todas las exigencias sociales.

La muerte es un hecho muy duro, tanto como para quien lo vive como para los que lo rodean (sobrevivientes). Estos últimos deben aceptar su aflicción, o sea el hecho objetivo de la pérdida y el cambio de su condición social de vida en cuanto a la desaparición de la persona muerta, por ejemplo así una esposa debe asumir su condición de viuda. (Viorst, 1986, p140)

La pérdida de un ser querido es uno de los acontecimientos más estresantes de la vida. La pérdida es seguida de un período de luto y de aflicción por la persona fallecida. El proceso de duelo puede durar un breve período o no terminar nunca. En estas situaciones, se acompaña por reacciones que van desde físicas, emocionales, intelectuales y sociales, es decir, las reacciones al duelo se presentan en cuatro niveles.

Reacciones Físicas

El duelo es acompañado por una amplia gama de reacciones físicas que pueden incluir al insomnio, la falta de apetito o el comer en exceso, las molestias estomacales, diarrea, fatiga, dolores de cabeza, insuficiencia respiratoria, sudoración excesiva y mareos.

Reacciones Emocionales

Éstas incluyen la depresión, abatimiento, llanto, conmoción e incredulidad, enojo, ansiedad, irritabilidad, preocupación, sentimientos de desamparo, dificultad para concentrarse, olvidos, apatía, indecisión y aislamiento o sentimientos de soledad de los miembros de la familia.

Reacciones Intelectuales

Se refiere a los esfuerzos por explicar y aceptar las causas de la muerte de la persona y en ocasiones de racionalizar o tratar de comprender las razones de la muerte. La gente desea saber qué fue lo que sucedió y porqué pasó. Una reacción intelectual común al duelo es la idealización, es decir, el intento por purificar la memoria del fallecido disminuyendo mentalmente sus características negativas.

Reacciones Sociológicas

Las reacciones sociológicas al duelo incluyen los esfuerzos de la familia y los amigos para unirse y compartir la experiencia y ofrecerse apoyo y comprensión. La reacción sociológica también incluye los esfuerzos por reorganizar la vida después de la pérdida: los reajustes financieros, la reorientación de los roles familiares y comunitarios, el regreso al trabajo, la reanudación de actividades sociales y comunitarias.

Es importante saber los aspectos donde se presenta y se afronta la pérdida, el cambio de costumbres, hábitos, y la forma de adaptarse al cambio tan radical, que influye significativamente en la vida.

El duelo debe comprenderse en términos de las muchas variables individuales, algunas personas expresan sus sentimientos a la familia y amigos, otros toman una postura más reservada llevando el duelo hacia ellos mismos. La vivencia del duelo puede variar según los distintos grados de parentesco (padre, madre, hermanos, hijos, cónyuge) rol desempeñado por el fallecido, roles sexuales, creencias espirituales y calidad de las relaciones tanto en los aspectos psicológicos como socio-económicos.

La forma en la que el ser humano ha afrontado la muerte ha cambiado mucho a lo largo de su historia. Antes la esperanza de vida era muy inferior a la actual, la tasa de mortandad era mayor a causa de epidemias, falta de tratamientos médicos adecuados, guerras. La medicina no paliaba el sufrimiento ni remediaba enfermedades. La muerte formaba parte de la vida cotidiana y actualmente sigue siendo lo mismo pero con mejor calidad de vida.

Desde la psicología se están haciendo muchos esfuerzos para entender mejor los aspectos emocionales, morales y prácticos que conllevan la inevitable llegada de la muerte. Con los años las personas van entendiendo o aceptando el final de la vida. La pérdida de una persona amada produce un estrés desmesurado y un agotamiento físico y emocional intenso, cuyas ramificaciones orgánicas y psíquicas (en el cuerpo y en la mente) han sido objeto de numerosos estudios.

Está bien demostrado que el estrés produce cambios en la presión arterial y en la frecuencia cardíaca, además, se ha asociado a enfermedades infecciosas, inflamatorias y auto-inmunes; de igual forma, se sabe que el duelo predispone a exacerbaciones de enfermedades previas y les pone a los deudos en un mayor riesgo complicaciones de enfermedades previas o aparición de nuevas enfermedades. (Viorst, 1986)

Predecir cuánto tiempo le tomará a un individuo completar el proceso del duelo es difícil, pues algunos podrán hacerlo en unos meses mientras que para otros se requerirán años. La cantidad de tiempo invertido depende de muchas variables que interfieren y crean distintos patrones:

Intensidad del apego del deudo al difunto

Grado de participación del fallecido en la realidad, sentido de la vida y personalidad del deudo

Intensidad del shock inicial

Presencia/ausencia de la aflicción anticipatoria

Crisis concurrentes

Obligaciones múltiples (crianza de los hijos, dificultades económicas, cuidado de otro familiar enfermo, etc.)

Disponibilidad de apoyo social y/o aislamiento

Curso del duelo y éxito en el trabajo de congoja

Características de la muerte (muerte súbita/muerte anticipada)

Situación socioeconómica

Religiosidad/espiritualidad

Grado de ambivalencia y dependencia hacia el difunto(Greenson, 2004)

No es un sentimiento único, sino más bien una completa sucesión de sentimientos que precisan de cierto tiempo para ser superados, no siendo posible el acortar este período de tiempo. Aunque cada persona es diferente, el orden en que experimentan estos sentimientos es muy similar para la mayoría. El duelo es más frecuente tras el fallecimiento de alguien al que se conocía desde hace algún tiempo.

Cuando fallece uno de los seres queridos, se manifiesta la culpa que puede ser por diversas razones (enfermedad, suicidio, accidente, percance). Las personas en duelo con frecuencia piensan en todas aquellas cosas que les hubiera gustado decir y/o hacer y que no fueron posibles. Pueden incluso llegar a pensar que podrían haber actuado de una forma diferente y que esto hubiera podido evitar la muerte de su ser querido. Desde luego, la muerte generalmente está más allá del control de cualquiera y la persona en duelo puede necesitar que se lo recuerden.

La culpa puede también surgir si se experimenta cierta sensación de alivio tras el fallecimiento de una persona afectada por una enfermedad particularmente penosa o muy dolorosa. Este sentimiento es natural, extremadamente comprensible y muy frecuente.

Este estado de agitación es generalmente más intenso a las dos semanas del fallecimiento, aunque pronto se sigue de una sensación de tristeza, tranquilidad o depresión, aislamiento y silencio. Estos cambios repentinos de emoción pueden confundir a los amigos o parientes pero son parte del modo normal de superar las diferentes etapas del proceso de duelo. El ser humano por la pérdida y el miedo a la destrucción, ha hecho del proceso biológico de la muerte una gran gama de ideas, ritos y tradiciones tratando de evitarla, controlarla, rechazarla y aceptarla.

1.2 Actitudes con respecto a la muerte y al moribundo

La muerte como fenómeno social ha recibido el culto y la veneración del hombre a través de los siglos. Las ceremonias funerarias, mezcla de celebración y temor, han sido motivo de estudio, tanto como la vida, por parte de científicos, filósofos y teólogos.

A través de los siglos, el hombre ha querido explicar la muerte como un paso hacia otros mundos mejores y eternos, considerando ésta como temporal y de preparación para ese viaje. Es posible que la eutanasia sea solamente una manifestación más de esta actitud que con el correr de los siglos ha merecido la crítica y condena de las diferentes civilizaciones, pero que no por ello, ha impedido la búsqueda por medio de ella de una perfección que nunca ha logrado.

La muerte ocurre en modernos hospitales, donde puede ser ocultada, despojada de su agonía orgánica y finalmente, preparada para el sepelio moderno. Se puede negar no sólo el poder de la muerte, sino también el de la naturaleza.

El hablar de un tratamiento del morir digno de seres humanos significa no entender el morir simplemente como la fase final de la vida, con la que se enfrenta sólo cuando la muerte está ineludiblemente ya a nuestra puerta. Significa, por el contrario, entender el morir como una dimensión de la vida, que influye en todas las fases y decisiones de esa vida.

La muerte clínica es el estado en que la respiración, la actividad cardíaca y las reacciones cerebrales han cesado pero existe la posibilidad de una reanimación. Estar biológicamente muerto significa que por lo menos el cerebro ha cesado completa e irrevocablemente de funcionar y ya no es resucitable.

La muerte biológica no es tan sólo la muerte de un órgano o la muerte parcial, sino la muerte cerebral y finalmente la muerte de todo el organismo. Sólo quien ha muerto biológicamente, además de clínicamente, ha pasado por la muerte total, definitiva, esto es, la pérdida irrevocable de las funciones vitales que tiene como consecuencia la destrucción de todos los órganos y tejidos. (Ortiz, 2004)

La muerte es muy traumática y difícil para muchas personas. Presenciar o estar con un cadáver, el ver y percibir a la persona querida muerta, sin moverse, sin temperatura, sin respirar, infunde mucha tristeza, desolación y miedo.

Desde siempre las religiones han preparado a los hombres para la muerte. Ya las tumbas de los hombres paleolíticos y los imponentes monumentos funerarios de los egipcios testifican su fe en una vida después de la muerte. Hasta el día de hoy, todas las grandes religiones han coincidido en una cosa: que tal como vive comúnmente el hombre, vive sólo aparentemente, dominado más que libre, sin identificarse consigo mismo, es decir, que el actual estado del hombre es insatisfactorio, colmado de sufrimientos e infeliz. El sentido del ser llega a su plenitud en el final. La muerte, el gran misterio, no es una destrucción, sino la plenitud.

Cuando estudiamos las culturas de los pueblos antiguos, se constata que la muerte siempre ha sido desagradable para el hombre y probablemente siempre lo será. Para el inconsciente, es inconcebible imaginar un verdadero final de nuestra vida aquí en la tierra, y se atribuye a una intervención de carácter divino o místico.

En el inconsciente, solo se puede ser matado; no es inconcebible morir por una causa natural o por vejez. Por lo tanto, la muerte de por sí va asociada a un acto de maldad, es un acontecimiento aterrador, algo que exige pena y castigo. En el inconsciente, no se puede distinguir entre un deseo y un hecho. En muchas otras culturas tienen rituales para protegerse de la persona muerta "mala" y todos se originan de este sentimiento de ira que todavía existe entre nosotros, aunque no nos guste admitirlo. (Freud, 1976)

El hombre básicamente no ha cambiado. La muerte todavía es un acontecimiento terrible, aterrador y el miedo a la muerte es un miedo universal aunque creamos que lo hemos

dominado en muchos niveles. Lo que ha cambiado es la manera de hacerle frente a la muerte, al hecho de morir y a los pacientes moribundos. (Kubler Ross, 2002)

Sería lógico pensar que en la gran emancipación, el conocimiento de la ciencia y del hombre han dado mejores sistemas y medios para preparar a la persona y a las familias para este acontecimiento inevitable. En lugar de eso, ha pasado la época en la que un hombre se le permitía morir en su propia casa con paz y dignidad. Cuantos más avances se hacen en la ciencia, más parece temer y negar la realidad de la muerte.

Se utilizan eufemismos, se hace que el muerto tenga aspecto de dormido, se aleja a los niños para protegerlos de la inquietud y la agitación de la casa. Hay muchas razones por las que no se enfrenta la muerte con tranquilidad y es que hoy en día, morir es más horrible que muchos aspectos, es decir, es algo solitario, mecánico y deshumanizado. El morir se convierte en algo solitario e impersonal porque a menudo el paciente es arrebatado de su ambiente familiar y llevado a toda prisa a una sala de urgencia. (Kubler Ross, 2002)

Si ahora echamos un vistazo a nuestra sociedad, nos preguntaremos qué pasa con el hombre en una sociedad empeñada en ignorar o eludir la muerte. Hay muchos factores que contribuyen a la inquietud y miedo a la muerte. La capacidad de defenderse físicamente es cada vez menor, sus defensas psicológicas tienen que multiplicarse.

Si no podemos negar la muerte, podemos intentar dominarla. Podemos sumarnos a la competición en las carreras y luego leer el número de víctimas de accidentes de los días festivos y estremecernos, pero también alegrarnos: "fue el otro, no yo". Grupos de personas, desde bandas callejeras hasta naciones, pueden usar su identidad de grupo para expresar su miedo a que les destruyan, atacando y destruyendo a otros. Quizás la guerra no sea más que

una necesidad de enfrentarse a la muerte, de conquistarla y dominarla, de salir de ella con vida: una forma peculiar de negar nuestra propia mortalidad. (Kubler Ross, 2002, p 27)

El hombre tiene que defenderse psicológicamente contra este miedo a la muerte. Psicológicamente, puede negar la realidad de su propia muerte durante un tiempo, pues en nuestro inconsciente no podemos percibir nuestra propia muerte y creemos en nuestra inmortalidad, pero podemos concebir la muerte de nuestro vecino, las noticias de muertes en combates, en las guerras o en la carretera, esto sirve para reforzar la creencia inconsciente en nuestra propia inmortalidad y nos permite, en la intimidad y el secreto de nuestro inconsciente, alegrarnos de que "le a tocado al vecino y no a mí". (Kubler Ross, 2002)

En los factores de creencias religiosas, la creencia en el significado del sufrimiento aquí en la tierra y en la recompensa en el cielo después de la muerte, ofrecía una esperanza y una finalidad. La negativa de la sociedad no ofrece una ni otra sino que solo sirve para aumentar la ansiedad y contribuye a la destructividad y agresividad: nos hace matar para eludir la realidad y enfrentarnos con nuestra propia muerte.

Puede que muchos hombres de iglesia no consigan hacer volver a mucha más gente a la creencia en otra vida después de la muerte, lo cual haría a ésta más llevadera, aunque en cierto modo sea una forma de negar la mortalidad.

Si se pudiera considerar la posibilidad de la propia muerte, se podría conseguir muchas cosas, la más importante sería el bienestar de las familias y los pacientes. Si se pudiera enseñar a los estudiantes el valor de la ciencia y la tecnología al mismo tiempo que el arte y ciencia de las relaciones humanas, el cuidado humano y total del paciente, éste sería el verdadero progreso. Si la ciencia y la tecnología no fueran mal utilizadas para aumentar la destrucción, para prolongar la vida en vez de hacerla más humana, si pudieran hacerse

compatibles con la utilización del tiempo necesario, para los contactos interpersonales a nivel individual, entonces se podrían crear verdaderamente una gran sociedad. (Kubler Ross, 2002)

Factores específicos complican el duelo en la pérdida de un hijo pequeño, por el hecho de que se da una incompatibilidad de dos procesos psicológicos que suceden simultáneamente: el de alejamiento y el de vinculación afectiva. El alejamiento o proceso de separación del fallecido empieza primero por una identificación del superviviente con el difunto. A través de la identificación le es posible retener atributos del fallecido que serán mantenidos como parte de la propia psicología del superviviente.

Este proceso de identificación preserva psicológicamente la continuidad de la relación entre los supervivientes y el difunto. Más adelante, cuando posea una situación más estabilizada de su *yo*, los supervivientes podrán distinguir entre aquellos atributos que les pertenecen a ellos y los que pertenecieron a su hijo.

Los familiares en luto viven su duelo en el contexto de una realidad social que tiene su propio peso en el proceso de recuperación de la pérdida. Existe una red de sostén social la cual tiene un rol propio según las situaciones y las necesidades de cada uno.

Las familias que utilizan sistemas de comunicación abiertos y eficaces y facilitan la coparticipación de los sentimientos tienen mayor probabilidad de llegar a una mayor adaptación respecto a otras que aplican en cambio un modelo de negación o de supresión de sentimientos.

Decimos adiós a alguien en un contexto, con unas determinadas funciones y relaciones, las cuales pueden influir en el proceso de nuestro luto en función de los distintos grados de parentesco: padre o madre, hijo, cónyuge, rol desempeñado por el fallecido, roles sexuales,

creencias espirituales, calidad de la relación mantenida con el difunto tanto psicológica como económico-social, unido a la convivencia y cariño de tantos años, así como la profundidad emocional que se tiene, genera la sensación de culpa acentuada sobre todo en el caso de relaciones problemáticas y de incomunicación. El haber tenido o no otras experiencias de duelo y el hecho de que factores culturales faciliten o no la expresión de determinadas conductas de duelo, son elementos de gran importancia para entender las reacciones tanto emocionales como psicológicas en el proceso del duelo.

1.3 Duelos anormales

Los que sobreviven sufrirán un proceso distinto en cada uno de ellos dependiendo de la estructura del carácter, del tipo de relación guardada con el que murió, de la cercanía que se tuvo con el muerto, así como las circunstancias de la muerte y sus consecuencias.

A veces el duelo no evoluciona normalmente, algunos se complican y otros se vuelven patológicos, perturban fuertemente a la actividad mental y alteran gravemente el sentimiento de personalidad. Se fijan de manera excesiva y duradera en ciertos momentos vividos. La negación es característica de los duelos delirantes, confesionales, esquizofrénicos y paranóicos: para el sobreviviente el difunto sigue estando vivo, lo que es un modo de mostrar su angustia de muerte.

Otros síntomas importantes de los duelos anormales son las reacciones excesivas (pesadillas, fobias a los objetos y lugares vinculados con el muerto, pánico, reacciones tardías, trastornos somáticos). (Bellack, 1993)

El duelo anormal puede presentarse de diversas maneras, que van desde el retraso del duelo o la ausencia hasta un duelo muy intenso y prolongado, asociado a conductas suicidas o

síntomas sicóticos. El duelo negado es la ausencia de la expresión de duelo en el momento de la pérdida. Este tipo de duelo es patológico, ya que la persona que sufre la pérdida intenta evitar la realidad. Pueden aparecer reacciones físicas similares a las que causaron la muerte de la persona fallecida. También pueden presentar reacciones desmedidas en el primer aniversario de la muerte.

Hay un duelo patológico cuando la persona presenta una falsa euforia. Otra forma de duelo patológico se presenta cuando aspectos normales de un duelo se distorsionan o intensifican hasta adquirir respuestas en proporciones psicóticas (es decir, creer que uno mismo es el muerto, que se está muriendo de la misma manera que murió a persona (aunque esto esté sucediendo realmente), oír la voz del difunto persistentemente y no en forma espontánea o efímera).

Las variedades patológicas del duelo abarcan alteraciones de la salud tanto física como mental. Los grados de estas alteraciones van desde leves hasta graves. Depresión, culpa y tristeza son tres sentimientos que ocurren inevitablemente tanto en el duelo patológico como en el normal. Pero duelo y depresión no son sinónimos. No necesariamente el hecho de sufrir una pérdida y atravesar un duelo va a desencadenar en una depresión. Lo que ambos sentimientos tienen en común es su expresión a través de tristeza, llanto, tensión, pérdida del apetito y/o de peso, insomnio, pérdida del interés sexual, abandono de actividades externas.

La diferencia radica en que el proceso de duelo y un duelo anormal va revirtiendo a medida que pasa el tiempo, recuperando el estado de ánimo. Tanto en el duelo como en la depresión aparecen autoreproches, pero en el duelo se refieren a las cosas que se dejaron de hacer con la persona fallecida, mientras que en la depresión la autoinculpación está centrada en sí mismo. Los sentimientos de inutilidad, deterioro en el funcionamiento, y retardo psicomotor surgieren un cuadro depresivo grave.

En cuanto a la duración, en el duelo normal los síntomas agudos suelen durar de 1 a 2 meses, mientras que en las personas con un trastorno depresivo la duración es más prolongada. Es muy importante considerar que las personas deprimidas tienen un mayor riesgo de presentar conductas o ideas suicidas en tanto que las personas que atraviesan un duelo normalmente no presentan estas ideas. Las personas en riesgo de presentar una depresión en lugar de un duelo patológico, son aquellas que ya han sufrido un cuadro depresivo en algún momento de sus vidas. (Greenson, 2002)

Habiendo reconocido las características más sobresalientes del proceso de duelo así como los síntomas más importantes en el duelo normal y un duelo anormal, se explicará qué son las fases del duelo y lo que conlleva este proceso.

1.4 Fases de duelo

Las fases del duelo (etapas por las cuales transcurre el proceso de recuperación) son muy parecidas a las etapas por las cuales una herida pasa hasta que queda la cicatriz. Las reacciones que se presentan son totalmente normales y esperables ante la pérdida de un ser querido, y son comunes a todos aquellos que se encuentran en estado de duelo. Pueden presentarse de forma simultánea, solo algunas de ellas por vez, el predominio de una sobre otras o escalonadamente, pudiendo persistir algunas por un tiempo más prolongado o continuar en la siguiente fase del duelo. Su presencia, aunque muy discutida, nos ayudan a entender y ver el duelo como un "proceso", un camino a recorrer, y no como un hecho o un fenómeno a superar. Además, contextualizan y normalizan las reacciones que se pueden presentar durante el duelo.

A continuación se abordarán los pasos del proceso del duelo, describiendo cada fase, con sus características particulares y su evolución.

1.4.1 Negación y aislamiento

Mecanismo de defensa primario. La persona piensa que el enfermo sigue vivo, pero se tiene que acostumbrar a la idea de que la persona ya murió y debido a esto necesita aislarse. El oyente perceptivo reconocerá la negación y el aislamiento.

Sus características más importantes son: incredulidad (la persona no se cree lo que le ha pasado), negación-aceptación, confusión, inquietud, oleadas de angustia aguda (se presentan varias veces al día, duran unos minutos y suelen ser disparadas por recuerdos del difunto: agitación, llanto, actividades sin objeto) pensamientos obsesivos (repetición mental constante de los eventos que condujeron a la pérdida y a la muerte misma) y algunos síntomas físicos como sequedad de boca y mucosas, debilidad muscular, llanto, temblor incontrolable, perplejidad, trastornos del sueño y del apetito.

1.4.2 Ira

Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de la negación, es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. Surge la pregunta "¿por qué yo?". Sale de manera incontrolable e irracional, se manifiesta contra Dios, la vida, los médicos o el propio muerto.

1.4.3 Pacto

La promesa implícita de que el paciente no pedirá nada más si se le concede ese aplazamiento. Etapa muy corta en la que se busca realizar buenas conductas para consolarse y liberarse de las culpas.

1.4.4 Depresión

Etapa de mayor duración, es la manifestación del duelo en sí, se vive profunda tristeza. Es pues un período caracterizado por una notable desorganización emocional, con la constante sensación de estar al borde de una crisis nerviosa y de perder la cordura.

Sus características más importantes son: ansiedad de separación (nerviosismo por la separación del ser querido), estrés prolongado, culpa (es un sentimiento común a todo tipo de pérdida), agresividad (es también un fenómeno común y natural en el duelo), comportamiento de búsqueda y sintiendo la presencia del muerto (el superviviente tiende a buscar al muerto en lugares familiares; la presencia del difunto puede todavía ser sentida, ante lo cual el deudo se comporta como si no hubiese ocurrido la pérdida: poner la mesa para dos, preparar su cama, hablar con el difunto, etc.), ensoñación (es durante esta fase del duelo que los sueños son más prolíficos), otras reacciones (incredulidad y negación, frustración, trastornos del sueño, miedo a la muerte, añoranza, llanto).

1.4.5 Aceptación

No hay que confundirse y creer que la aceptación es una fase feliz. Es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminado y llegara el momento del descanso final antes del largo viaje. Asumir las cosas tal como están sucediendo.

Se llega a la conclusión de que la muerte no existe, y que no es más que un simple cambio de presencia, el difunto es recordado con amor y paz, aprendiendo a dejar surgir el equilibrio y la armonía de todas las partes de nuestro ser. Es la reconciliación tanto interna como externa.

Es aceptación intelectual y emocional de la pérdida, y un cambio en la visión del mundo de forma que sea compatible con la nueva realidad y permita a la persona desarrollar nuevas actividades y madurar.

Sus características son: reconstruir la forma de ser (es, esencialmente, un proceso de transformación de "volver a ser" otra persona, que está lejos de ser completado por el simple hecho de que el individuo haya dejado de llorar), retomar el control de la propia vida, abandono de roles anteriores (papeles o funciones que cumplía antes), búsqueda de un significado, cerrando el círculo (cerrar la herida), perdonando y olvidando, otras reacciones (disminución gradual de los efectos del estrés prolongado y un aumento de la energía física y emocional; se restaura el patrón de sueño normal). (Kubler Ross, 2002)

La descripción de estos mecanismos de defensa ayuda a que haya esperanza en los enfermos terminales, a los familiares y al personal de la rama de la salud, porque estos estados emocionales forman parte de un proceso dinámico y no de uno permanente, sin olvidar la gran importancia de la espiritualidad y de la religiosidad. Aunque sabemos que después de dicha pérdida, la fase aguda de duelo se calmará, también sabemos que permaneceremos inconsolables y que nunca encontraremos un sustituto. No importa qué es lo que llena ese vacío, incluso si lo llena completamente; siempre hay algo más. (Freud, 1976)

1.5 Perspectivas teóricas

En la búsqueda y explicación sobre el duelo y sus fases, muchos autores con base en su experiencia e investigaciones dieron distintas perspectivas teóricas para dar visiones a los procesos de la pérdida, de la muerte y la aceptación, a continuación se mencionan los más representativos.

1.5.1 Etapas del duelo según Dra. Elizabeth Klubber Ross

Primera fase: negación y aislamiento.

Esta negación inicial era común a los pacientes a los que se les revelaba directamente desde el principio su enfermedad y aquellos a los que no se les decía explícitamente o que llegaban a aquella conclusión por sí mismos, un poco más tarde.

Esta negación tan angustiosa ante la presentación de un diagnóstico es más típica del paciente que es informado prematura o bruscamente por alguien que no le conoce bien o que lo hace rápidamente, sin tener en cuenta la disposición del paciente. La negación, por lo menos la negación parcial, es habitual en casi todos los pacientes, no solo durante las primeras fases de la enfermedad o al enterarse del diagnóstico, sino también más adelante, de vez en cuando.

La negación funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, permite recobrase al paciente y, con el tiempo, movilizar otras defensas, menos radicales. Generalmente la negación es una defensa provisional y pronto será sustituida por una aceptación parcial.

La negación mantenida no siempre aumenta al dolor si se aguanta hasta el final, la mayoría de los pacientes llevan la negación hasta este extremo, pueden hablar brevemente de la realidad de su situación y de repente, manifestar su incapacidad para seguir viéndola de un modo realista.

Puede hablar de temas referentes a su vida, puede compartir algunas de sus fantasías importantes sobre la muerte misma o la vida después de la muerte (en sí misma una negación) y cambiar de tema a los pocos minutos diciendo casi lo contrario de lo que ha dicho antes.

La necesidad de negación existe en todos los pacientes alguna vez, más al principio de una enfermedad grave que hacia el final de la vida. Luego, la necesidad va y viene, y el oyente sensible y perceptivo reconocerá esto y respetará las defensas del paciente sin hacerle conciente de sus contradicciones.

La primera reacción del paciente puede ser un estado de conmoción temporal del que se recupera gradualmente. Cuando la sensación inicial de estupor empieza a desaparecer y consigue recuperarse su respuesta habitual es: "no, no puedo ser yo", porque en nuestro inconsciente somos todos inmortales; para nosotros es casi inconcebible reconocer que tenemos que afrontar la muerte. Dependerá de cómo se diga, de cuánto tiempo tenga para reconocer gradualmente lo inevitable y de cómo se haya preparado a lo largo de su vida para afrontar situaciones de tensión, que abandone poco a poco su negación y se usen mecanismos de defensa menos radicales.

Segunda fase: ira

Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. Lógicamente surge la siguiente pregunta "¿por qué yo?". En contraste con la fase de negación, esta fase de ira es muy difícil de afrontar para la familia. Esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar.

El problema está en que pocas personas se ponen en lugar del paciente y se preguntan de dónde puede venir su enojo. La tragedia es quizá que no pensamos en las razones del enojo del paciente y lo tomamos como algo personal, cuando el origen, no tiene nada que ver o muy poco, con las personas que se convierten en blanco de sus iras. Tenemos que aprender a escuchar a nuestros pacientes y a veces incluso aceptar su ira irracional, sabiendo que el alivio que experimentan al manifestarla les ayudará a aceptar mejor sus últimas horas.

Esto solo lo podemos hacer cuando hemos afrontado nuestros propios temores con respecto a la muerte, nuestros deseos destructivos, y hemos adquirido conciencia de nuestras defensas que pueden estorbarnos a la hora de cuidar al paciente.

Tercera fase: pacto.

La tercera fase, la fase del pacto, es menos conocida pero igualmente útil para el paciente, aunque solo durante breves periodos de tiempo. Si no hemos sido capaces de afrontar la triste realidad en el primer periodo y nos hemos enojado con la gente y con Dios en el segundo, tal vez podamos llegar a una especie de acuerdo que posponga lo inevitable: "si Dios ha decidido sacarnos de este mundo y no ha respondido a mis airados alegatos, puede que se muestre más favorable si se lo pido amablemente".

El paciente desahuciado sabe por experiencias pasadas que hay una ligera posibilidad de que se le recompense por su buena conducta y se le conceda un deseo teniendo en cuenta sus especiales servicios. Lo que más suele desear es una prolongación de la vida o por lo menos pasar unos días sin dolor o molestias.

En realidad, el pacto es un intento de posponer los hechos; incluye un premio "a la buena conducta" además fija un plazo de "vencimiento" impuesto por uno mismo y la promesa implícita de que el paciente no pedirá nada más si se le concede este aplazamiento.

La mayoría de los pactos se hacen con Dios y generalmente se guardan en secreto o se mencionan entre líneas o en el despacho de un sacerdote. En las entrevistas que han hecho sin auditorio, han impresionado el número de pacientes que prometen "una vida dedicada a Dios" a cambio de vivir más tiempo. Muchos de los pacientes también prometían dar partes de su cuerpo o todo él "a la ciencia" para prolongar su vida. (Kubler Ross, 2002)

Psicológicamente, las promesas pueden relacionarse con una sensación de culpabilidad oculta y, por lo tanto sería útil que el personal de los hospitales no pasara por alto este tipo de comentarios de los pacientes.

Cuarta fase: depresión.

Cuando el paciente desahuciado no puede seguir negando su enfermedad, cuando se ve obligado a pasar por más operaciones u hospitalizaciones, cuando empieza a tener más síntomas o se debilita y adelgaza, no puede seguir haciendo al mal tiempo buena cara. Su insensibilidad o estoicismo, su ira y su rabia serán pronto sustituidos por una gran sensación de pérdida.

Lo que tendemos a olvidar, sin embargo, es el dolor preparatorio por el que se ha de pasar el paciente desahuciado para disponerse a salir de este mundo. Si se tuviera que señalar una diferencia entre estas dos clases de depresión, la primera es una depresión reactiva y la segunda una depresión preparatoria. La primera es de naturaleza distinta y se debería tratar de forma completamente diferente de la segunda.

Una persona comprensiva no tendrá ninguna dificultad para describir la causa de la depresión y aliviar algo el sentimiento de culpabilidad o vergüenza excesivas que a menudo acompañan a la depresión. El segundo tipo de depresión no tiene lugar como resultado de la pérdida de algo pasado, sino que tiene como causa pérdidas inminentes. Nuestra reacción inicial ante las personas que están tristes, generalmente es intentar animarles, decirles que no miren las cosas desde una óptica tan desesperada.

Les instamos a mirar el lado alegre de la vida, todas las cosas positivas y llenas de colorido que les rodean. Esto a menudo es una expresión de nuestras propias necesidades, de nuestra incapacidad para tolerar una cara larga durante un periodo prolongado de tiempo. Puede ser una actitud útil cuando se trata del primer tipo de depresión de los pacientes desahuciados.

Cuando la depresión es un instrumento para prepararse a la pérdida inminente de todos los objetos de amor, entonces los ánimos y las seguridades no tienen tanto sentido para facilitar el estado de aceptación. No debería pensar en su muerte inminente. Sería absurdo decirle que no este triste, ya que todos nosotros estamos tremendamente tristes cuando perdemos a una persona querida. El paciente está a punto de perder todas las cosas y las personas que quiere.

Si se le permite expresar su dolor encontrará mucho más fácil la aceptación final en esta fase de depresión sin decirle cortantemente que no esté triste. Este segundo tipo de depresión generalmente es silenciosa, a diferencia de la primera, durante la cual el paciente tiene mucho que compartir y necesita muchas comunicaciones verbales y a menudo intervenciones activas por parte de miembros de varias profesiones. En el dolor preparatorio no se necesitan palabras o se necesitan muy pocas. Es mucho más un sentimiento que puede expresarse mutuamente y a menudo se hace mejor tocando la mano, acariciando el cabello o sencillamente sentándose al lado de la cama en silencio.

Estos son los momentos en los que el paciente puede pedir una oración, cuando empieza a ocuparse más de lo que le espera que de lo que deja atrás. Son unos momentos en los que la excesiva intervención de visitantes que traten de animarle dificultará su preparación psicológica en vez de aumentarla.

Si los miembros de las profesiones asistenciales llegaran a ser más concientes de la discrepancia o conflicto entre el paciente y los que le rodean, podrían compartir sus conocimientos con las familias de sus pacientes y ser de gran ayuda para unos y otros. Deberían saber que este tipo de depresión es necesaria y beneficiosa si el paciente ha de morir en una fase de aceptación y paz.

Solo los pacientes que han podido superar sus angustias y ansiedades serán capaces de llegar a esta fase. Si las familias supieran esto, también ellas podrían ahorrarse mucha angustia innecesaria.

Quinta fase: aceptación.

Si un paciente ha tenido bastante tiempo (esto es, no una muerte repentina e inesperada) y se le ha ayudado a pasar por las fases antes descritas, llegará a una fase en la que su destino no lo deprime más ni le enojará. Habría podido expresar sus sentimientos anteriores, su envidia a los que gozaban de buena salud, su ira contra los que no tienen que enfrentarse con su fin tan pronto.

Habrá llorado la pérdida inminente de tantas personas y de tantos lugares importantes para él y contemplará su próximo fin con relativa tranquilidad. Estará cansado y en la mayoría de los casos, bastante débil. Además sentirá necesidad de dormir. Éste no es un sueño depresivo o un periodo de descanso para aliviar el dolor, las molestias o la desazón.

Es una necesidad cada vez más cada vez mayor de aumentar las horas del sueño muy similar a la del niño recién nacido pero a la inversa. No es un "abandono" resignado y desesperado, una sensación de "para qué sirve". Generalmente es la familia quien necesita más ayuda, comprensión y apoyo que el propio paciente. Cuando el paciente moribundo ha encontrado cierta paz y aceptación, su capacidad de interés disminuye. Desea que le dejen solo, o por lo menos que no le agiten con noticias y problemas del mundo exterior.

No desea visitas y si las hay, el paciente ya no tiene ganas de hablar. Pide que se limite el número de gente y prefiere las visitas cortas. Entonces nuestras comunicaciones se vuelven más mudas que orales. El paciente puede hacer un simple gesto con la mano para invitarnos a que nos sentemos un rato. En estos momentos de silencio pueden ser las comunicaciones más llenas de sentido para las personas que no están incomodas en presencia de una persona moribunda.

Nuestra presencia solo es para confirmar que estamos disponibles hasta el final. Podemos hacerle saber simplemente que nos parece muy bien no decir nada cuando ya hay quien se ocupa de las cosas importantes y solo es cuestión de esperar a que pueda cerrar los ojos para siempre. Esto puede tranquilizarle y hacerle sentir que no está solo.

La familia y el personal de hospital pueden considerar a estos pacientes tenaces y fuertes, pueden fomentar la lucha por la vida hasta el final, y pueden convencerles implícitamente de que aceptar el propio fin es considerado un abandono cobarde, un engaño o peor todavía, un rechazo de la familia. (Kubler Ross, 2002)

1.5.2 Etapas de duelo según Igor Caruso

Igor Caruso es psicoanalista del Círculo Vienés de psicología profunda, ha contribuido en temas relacionados al duelo y la pérdida en publicaciones, libros y atendiendo a muchos pacientes de toda Europa.

Catástrofe del yo

El problema que se presenta es la vivencia de la muerte, la conciencia no pierda el sentido de la vida o que se desee morir, para que no se piense en la extinción física, inmediatamente se ponen en juego los mecanismos de defensa.

Agresión.

Primer mecanismo de defensa. Sale del dolor profundo para fijarse en alguien externo a su yo (médicos, Dios, al que murió, etc.) desvaloriza al ser amado, esto permite una desidentificación con el sujeto (el amor se convierte en odio).

Huida hacia delante.

Tercer mecanismo de defensa. Se manifiesta como la huida de la actividad. Conducta que toma el sobreviviente como actividades constructivas o destructivas, que utiliza como escape su situación una aparente alternativa es la huida en busca de placeres.

Ideologización. Racionalización, filosofía, devoción o la religión como consuelo. Primicias que ayudan a afrontar y empezar la aceptación de la situación para que ya no sea tan traumática y dolorosa. Es una adaptación emocional para enfrentar la realidad.

Aceptación.

Es un auténtico bien, la resignación no es salir del dolor, sino la actitud y tranquilidad emocional de la persona moribunda. Así se ubica en su realidad y puede enfrentarse de mejor manera a su situación y puede tener paz y entendimiento. (Caruso, 1998)

1.5.3 Etapas de duelo según Dr. Alfonso Reyes -Zuribia

Experto tanatólogo mexicano, en las etapas de la elaboración del duelo hace mención que la tristeza es el primer punto concreto de atención, ya que en cada etapa ésta se puede convertir en otros sentimientos negativos.

Depresión

La depresión es una emoción, no una enfermedad, en el momento en que se sabe que murió el ser querido se experimenta un vacío interno. En esta etapa aparece la negación como una sensación desagradable e imposible de que esté sucediendo, después entra en la realidad completa y una profunda tristeza, el sufrimiento del duelo se agudiza alrededor de los dos meses posteriores al fallecimiento de la persona amada. Todas las emociones que se sienten parecen síntomas de la depresión, pero no es más que el proceso de duelo, es la etapa de máximo dolor.

Rabia

Es el primer mecanismo de defensa, aparecerá un sentimiento de rabia hacia Dios, médicos, el muerto o a él mismo, que se transformará en culpa por no haber sido bueno con la

persona que murió o por no haber impedido su muerte y se culpa por haber deseado en algún momento su muerte.

Perdón

Es una etapa muy importante, porque las culpas se deben perdonar, es un perdón al propio Yo, perdón al Tu, perdón a Dios, a los médicos, al que murió, si no se puede perdonar se vivirá en una constante profunda depresión.

Aceptación

La importancia en esta etapa es una real aceptación y no una simple resignación, se dará cuando uno mismo sienta que el que murió está vivo y dentro de uno mismo, en nuestros recuerdos, en lo que nos aportó con su presencia y cariño, que nunca será olvidado y dejado de querer jamás.

No existe un esquema completo del proceso de duelo; existen diferencias relacionadas con las teorías, con la edad, el sexo, la personalidad, las causas de la muerte, la capacidad para afrontar el estrés, la visión de la vida, la confianza en sí mismo y el medio ambiente en que éste se produce. Algunas etapas pueden no existir en el caso de niños y ancianos porque llegan más rápido a la etapa de aceptación.

Las personas socialmente aisladas, las que están educadas para no expresar su dolor y las viudas jóvenes con hijos, son más vulnerables al duelo anormal. Los recursos personales que permiten al individuo canalizar sus energías, hacer muy diverso su ambiente social, su tiempo; ayudan hacia la curación del duelo y su salud, destacando en ellos su tenacidad, la seriedad, pasatiempos, eficiencia, la iniciativa, su fuerza de voluntad y su sentido de responsabilidad.

Durante la primera semana se presenta el mecanismo de negación y dependencia en el cual se niega o rechaza el suceso además de depender de algo o de alguien haciendo actividades o teniendo actitudes diferentes. Al hacer conciencia del hecho, al darse cuenta de que el mecanismo no sirvió, hay frustración, rabia, angustia hacia todo lo que rodea y agresión que se exterioriza o reprime al enfrentar la situación crítica.

En el duelo anormal (fijación) continua la etapa de negociación en donde se "hace trato con la muerte" o con Dios para definir un plazo que es inevitable, pero comienza una carencia de pulsión a la acción en la cual hay desmotivación y no se encuentra sentido a la vida, así se entra a la etapa de depresión, la energía psíquica baja.

Aparece la conciencia de resolución propia en donde hay contacto con elementos rescatados de la realidad para pasar a la fase de aceptación del suceso y del duelo es normal y lleva a la recuperación paulatina de la condición de vida ordinaria y homeostasis. (Reyes, 1990)

1.6 Pérdida y muerte: miedos y ritos

Entre los miedos más comunes ante la muerte del ser querido se encuentra a que el enfermo sufra mucho, éste crece conforme al enfermo se va deteriorando y apareciendo nuevos síntomas. Otro es el miedo en que el enfermo no reciba la atención médica adecuada en el momento preciso. El miedo de hablar con el ser querido también existe, pero es importante que los familiares escuchen, que estén presentes y que compartan los sentimientos dolorosos.

Hay miedo a que se traicionen a ellos mismos, aquí los familiares creen que el enfermo va a adivinar la gravedad de su caso por medio de sus actitudes y frases inoportunas. El miedo a estar solos con el ser querido en el momento de la muerte, es miedo a enfrentarse a la

realidad. También se encuentra el miedo de no estar presente cuando muera el ser querido, no se quieren separar del enfermo.

Existe además una serie de dificultades muy comunes en los sobrevivientes como es el caso de que su ser querido está muriendo y esto genera mucha rabia. También hay dificultad para asumir responsabilidades que tenía el enfermo; y una dificultad para despedirse del ser querido y "darle permiso de morir". Lo que viene después de la muerte está relacionado con dos registros principales, el de las prácticas rituales y el de las creencias tranquilizadoras "son ritos todas las conductas corporales estereotipadas y se basan en un conjunto complicado de símbolos y creencias. (Kubler Ross, 2002)

Los ritos funerarios, comportamientos diversos que proyectan a los afectados más profundos y aparentemente guían al difunto a su destino post mortem, tienen como objetivo fundamental superar la angustia de muerte a los sobrevivientes.

Las conductas funerarias obedecen a constantes universales, su función es la de curar y prevenir, aliviar el sentimiento de culpa, tranquilizar, consolar, reestabilizar socialmente. Las personas dicen y creen que los ritos sirven y honran al muerto en realidad, las actitudes de homenaje y de solicitud hacia el muerto ponen en manifiesto el terror de la muerte y preocupación de protegerse de ella.

La gama de reacciones que se tienen ante la pérdida de un ser querido muestran la intensidad de los sentimientos humanos. Las investigaciones aportadas por los autores nos enseñan desde el comportamiento normal hasta patológico en el duelo, esto es muy importante saberlo, para como profesionales de la psicología ayudar y comprender a las personas que están pasando por ese momento tan difícil y determinante de la existencia. Esto se aborda en el siguiente capítulo de tanatología y el psicólogo clínico.

CAPITULO 2

2.1 Definición de Tanatología

Para hablar de Tanatología será necesario definirla previamente. El vocablo *tanatos* deriva del griego *thanatos*, y éste era el nombre que se le daba a la diosa de la muerte dentro de la mitología griega. *logos* deriva del griego *logos*, tiene varios significados: palabra, estudio, tratado, discurso, "sentido", etc. Así la definición etimológica de Tanatología es: disciplina encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte.

La muerte es el objeto de estudio de la Tanatología, pero más que la muerte en sí, el objetivo de la Tanatología es proporcionar ayuda profesional al enfermo terminal y a sus familiares, a personas con ideas suicidas y a todo individuo que haya tenido una pérdida significativa. Al hablar de Tanatología se pensaría que solo aborda aspectos que tienen que ver con la muerte, sin embargo, en Tanatología se habla más de vida que de muerte.

En Tanatología se entiende como "muerte adecuada" a la ausencia de sufrimiento, a la persistencia de relaciones significativas para el enfermo, al intervalo de dolor permisible, al alivio de los conflictos restantes, a la creencia en la oportunidad, al ejercicio de opciones y actividades factibles y a la comprensión de limitaciones físicas, todo esto enmarcado dentro del ideal de cada persona para llegar a cerrar círculos pendientes y que de esa forma acepte su muerte con dignidad y paz.

Por lo que a la Tanatología se refiere, "La Ciencia de la Muerte", éste término fue acuñado en el año de 1901 por el médico ruso Elías Metchnikoff, quién en el año de 1908 recibiera el Premio Nóbel de Medicina. En ese momento la Tanatología fue considerada como una rama de la medicina forense que trataba de la muerte y de todo lo relativo a los cadáveres desde el punto de vista médico legal.

En 1930, como resultado de grandes avances en la medicina, empieza un período en el que se confina la muerte en los hospitales, ya para la década de los cincuentas esto se va generalizando cada vez más y así el cuidado de los enfermos en fase terminal es trasladado de la casa a las instituciones hospitalarias, dando por resultado que la sociedad de esa época "escondiera" la muerte en un afán de hacerla menos visible para que no le recordara los horrores de la guerra que acababa de terminar.

Después en la década de los sesentas se realizaron estudios serios, sobre todo en Inglaterra, que muestran que la presencia de los familiares durante la muerte de un ser querido se vio disminuida a sólo el 25%. Durante esa época se hace creer a todos que la muerte es algo sin importancia ya que al ocultarla se le despojaba de su sentido trágico convirtiéndola en un hecho ordinario, tecnicándola y programándola, se le relega y se le considera insignificante.

La Dra. Elizabeth Kübler Ross es quién se da cuenta de los fenómenos psicológicos que acompañan a los enfermos en fase terminal durante el proceso de muerte, define la Tanatología como una instancia de atención a los moribundos, por lo que se le considera la fundadora de esta ciencia. Es ella a través de su labor quien hace sentir a los moribundos miembros útiles y valiosos de la sociedad, y para tal fin crea clínicas cuyo lema es ayudar a los enfermos en fase terminal a vivir gratamente, sin dolor y respetando sus exigencias éticas.

La Tanatología, no es ir en busca de la muerte, si no que el enfermo la vea como un proceso natural, como una culminación de la vida y se refiere al estudio interdisciplinario del moribundo y de la muerte, especialmente de las medidas para disminuir el sufrimiento físico y psicológico de los enfermos terminales, la aprehensión, los sentimientos de culpa y pérdida de sus familiares.

La Tanatología tiene mucho interés y atención al paciente terminal, le ayuda poder enfrentar esta situación y brinda gran apoyo a los familiares en el proceso de duelo. La Tanatología enseña a valorar la vida y su valor aún en el estado en fase terminal como en la pérdida del ser querido.

A pesar de que todas las sociedades han especulado sobre la muerte, su estudio sistemático es reciente. Hasta hace poco en la cultura occidental existía un tabú contra el estudio de algo tan temido y personal como la muerte. Mucha gente todavía piensa que el estudio de la muerte es un tema delicado, pero los tanatólogos consideran que su trabajo puede beneficiar a todos, ya que la comprensión del proceso de la muerte puede hacer que esta experiencia sea menos alienante y temida.

2.1.1 Finalidad y misión de la Tanatología

La finalidad de la Tanatología es procurar que al paciente o cualquier ser humano que sufra una pérdida se le trate con respeto, cariño, compasión y que conserve su dignidad hasta el último momento. Los pasos que se mencionan enseguida son los más relevantes en la práctica de la Tanatología y su finalidad es el bien, la aceptación de la muerte y el apoyo emocional del moribundo y sus familiares:

- Tener una muerte digna
- Libre de sufrimientos
- Que se logre una buena relación con sus seres queridos
- Ayudarle a la resolución de sus conflictos
- Que comprenda y acepte sus limitaciones
- Aliviarle el temor hacia la muerte y a la desesperanza

La misión en Tanatología es muy importante porque está con el paciente terminal, con los familiares así como el grupo de profesionales, llevando su acción en todos los aspectos importantes que necesitan las personas en el antes y después de la muerte, dando asistencia tanto científica como humana. En síntesis la misión de la Tanatología es:

- Ayudar al enfermo al bien morir
- A morir con dignidad y calidad
- Que el enfermo acepte la muerte como la culminación de la vida, como algo trascendental
- Que aproveche al máximo el poco tiempo que le queda
- Que arregle sus asuntos personales, papeles, bienes, testamentos, etc.
- Ayudar en el duelo para que las personas involucradas tengan el menor dolor posible, en el menor tiempo posible
- Ayudar al equipo de salud a aliviar sus frustraciones, angustias, culpas, depresiones, etc., ante la muerte del paciente

El tanatólogo es el especialista que atiende el trabajo de muerte y duelo, comprende al ser humano que sufre como una unidad bio-psico-social y sobre todo espiritual, en el proceso

personal de la muerte y realiza una participación activa para lograr una muerte digna y con calidad, para el enfermo terminal.

2.1.2 Función y trabajo del tanatólogo

El tanatólogo es la persona capacitada para ayudar en el proceso de duelo, así como en cualquier tipo de pérdidas significativas, al hombre que muere y a aquellas personas que lo rodean. Para el tanatólogo el paciente no sólo es el enfermo que se encuentra en cama sino todo familiar de esta persona que se encuentra sufriendo los dolores más fuertes, que son los de la muerte y la desesperanza.

Su tarea es ayudar en la resolución del duelo de la pérdida que ha sufrido, recordando que cada persona es única e irrepetible, con una problemática diferente, sus reacciones y sentimientos son manifestadas en forma individual. La meta terapéutica del tanatólogo es lograr que el enfermo terminal cuente con plenitud de vida, no en cuánto a cantidad sino a calidad.

La ayuda tanatológica debe empezar a partir del momento mismo en que el paciente o la familia conocen el diagnóstico, y no esperar hasta que el enfermo esté hospitalizado, desahuciado o moribundo. Lo anterior con el objeto de seguir de cerca su conducta emocional, mental, psicológica y espiritual (percepciones, pensamientos, recuerdos, sentimientos), si es que se le quiere ayudar en forma profesional, para que llegado el momento de su muerte, pueda vivir una "muerte adecuada" con dignidad, plena aceptación y total paz.

El tanatólogo ayuda y apoya a todos los miembros de la familia para que sigan viviendo su vida plenamente y para que sus relaciones interfamiliares sean satisfactorias. Les ayuda a enfrentar la muerte y a elaborar su duelo en el menor tiempo posible con el menor sufrimiento.

Lo que el tanatólogo siempre debe buscar, es quitar el miedo a la muerte, que se traduce en dar vida a plenitud.

Se le debe entender y comprender al paciente según sus necesidades personales y no de acuerdo a las necesidades propias. Debe recordarse que cada persona al ser única e irreplicable, se va a enfrentar a la muerte de acuerdo a su propia situación de vida: familiar, cultural, de creencias religiosas, etc.

Cuando se dice que el tanatólogo ayuda a cerrar círculos pendientes, es porque éste se ha convertido en una persona significativa para el enfermo y le ayuda a manejar su afectividad, sus asuntos legales, económicos, sociales y algo muy importante, su propia espiritualidad.

El tanatólogo debe preocuparse de la persona que tiene delante de sí, nunca la debe tomar como un caso interesante, un expediente o un número, esto es válido tanto para el enfermo como para sus familiares. A cada persona se le debe dar un espacio independiente para que pueda manifestar su problemática, reacciones y sentimientos de forma individual.

2.2 Profesionales de la salud que se encargan del duelo y la pérdida

Son amplias las formas y prácticas que hay en las áreas de la salud que se encargan del duelo y la pérdida, estos se manejan en hospitales, consultorios y por profesionales que están en el trabajo con pacientes terminales y sus familias. Se abordarán a los profesionales en la salud, asistencia y orientación, así como su práctica y participación, elementos importantes

para que el paciente terminal y sus familiares tengan el respaldo de la mejor manera y superar esos momentos difíciles.

2.2.1 Cuerpo médico

El cuerpo médico está involucrado a muchos niveles. Su principal reto y quizá el más obvio es tratar directamente con una persona que está agonizando. Muchos miembros del cuerpo médico se “bloquean” mentalmente cuando se trata de una confrontación directa con alguien que agoniza.

El cuerpo médico también tiene un papel que desempeñar con los dolientes: aquellos que enfrentan las consecuencias de la pérdida. Su papel con los colegas que están involucrados es una situación de esta índole es menos obvio. Algunas veces, la diferencia entre estos tres papeles puede resultar confusa. (Sherr 1992)

Por otra parte, los pacientes y sus familiares prácticamente descargan en el médico toda la iniciativa acerca de la información y el tratamiento. Los médicos, y en general todo el personal de salud, están orientados de tal manera hacia el paciente que se dedican a aplicarle todo tipo de avances, teniendo como criterio supremo la prolongación de la vida, así sea meramente biológica.

El personal, y en alguna forma los familiares, se hacen cargo de la muerte del paciente. Es un hecho que los centros hospitalarios se han apoderado del proceso de morir del paciente. Adelantan y atrasan en momento de su muerte. Lo pasan de una unidad de cuidados intensivos o al quirófano cuando quieren y lo sacan de allí a voluntad, ordinariamente de acuerdo con las exigencias de la ciencia y la tecnología.

Y todo esto lo hacen para prolongar la vida de todo lo que esté al alcance de su ciencia y de las posibilidades tecnológicas de la institución de salud. Los personajes clave para tomar las decisiones no son los pacientes, sino sus familiares más allegados y los profesionales de salud. (Llano Escobar, 1977)

A los profesionales de la salud, la formación académica les ha enseñado, por medio de la imitación de modelos y la crítica entre colegas, a no dejar entrever sus sentimientos de preocupación y tristeza por el paciente, lo cual es visto como una pérdida del control emocional, que los lleva a dejarse perturbar. Sin embargo, cuando el paciente despierta sentimientos de agresividad y rechazo, es más fácil y más aceptable expresarlos, ello va de acuerdo con su actitud de autoridad y de poder de la relación.

Ahora bien, el enfoque del trato al paciente y sus familiares en situaciones críticas y de emergencia exige obrar lo más rápidamente posible en pos de la salud y de la vida de aquellos que necesitan de una intervención ágil y efectiva. He aquí una gran diferencia entre la medicina paliativa y la medicina crítica. La actitud del médico y la manera de llegarle al paciente es lo que importa. En este sentido, la cuestión del tiempo que se interviene en una consulta, no es asunto de duración sino de profundidad. (Bejarano, 1984)

Los términos clínicos, generalmente usados por el médico pueden entrañar un significado diferente para el paciente y sus familiares, por lo cual se debe emplear un lenguaje totalmente comprensible para éste y no de lugar a malas interpretaciones. Actualmente se está generando una mayor conciencia al derecho que tiene el paciente al saber todo lo concerniente a su enfermedad.

A esto han contribuido las corrientes sociales en torno a la exigencia y al cumplimiento de los derechos del ser humano enfermo, la labor cada vez más creciente de auditoria de la

sociedad frente al quehacer de los médicos, los cambios surgidos alrededor de la clásica relación médico-paciente y el temor del gremio médico a las acciones legales. (Bejarano, 1984)

Desde el punto de vista de la relación paciente-médico (y en general cualquier otro profesional del equipo de salud), las bases son la confianza y la honestidad, que se ven muy deterioradas cuando el paciente descubre que es engañado, lo cual sin duda alguna, contribuye a aumentar el sufrimiento al final de sus días.

La labor del médico cuando da malas noticias, con todo el cuidado y delicadeza que tal misión implica, consiste en aminorar el impacto que significa para el individuo que se ve aparentemente sano al menos no gravemente enfermo, convertirse en un individuo gravemente enfermo y próximo a morir.

Los miembros del equipo médico de cuidado y particularmente los médicos, deben dar al paciente toda la información sobre la enfermedad y sobre las diferentes medidas de apoyo que se encontrarán a su disposición en cualquiera de las situaciones que se puedan presentar. El compromiso de que no se el abandonará al paciente y que se le brindará todo el apoyo necesario debe ser el mensaje que ha de quedar en el paciente y no solamente el diagnóstico/pronóstico fatal.

Debe asegurarse entonces que la parte esencial de la comunicación no sea olvidada: la ayuda y el apoyo disponibles. Aquí es preciso tener en cuenta que la manera como esta información se trasmite es más importante que las palabras.

Cuando el equipo quiera alcanzar la mayor influencia en pro del bienestar de su paciente y su familia, debe ser capaz de ganarse y mantener su confianza. Es necesario que el paciente

confíe en el equipo de cuidado que lo rodea para que pueda hablar abiertamente y discutir de una manera franca y directa sus problemas y sentimientos, a todo lo largo de su proceso de enfermedad y de muerte. (Bejarano, 1984)

El médico necesita hoy más que nunca, una iniciación en una sana antropología que le enseñe a acercarse a cada paciente para tratarlo como ser humano que es, con su mundo interior a prueba, con angustias y zozobras de las que no puede desentenderse con su trascendencia y su apertura a Dios.

La medicina actual, digna por lo demás de grandes elogios y gratitud por sus inmensas conquistas, debe recuperar los valores humanos, propios del médico y del paciente, para hacer ver a los profesionales de salud la necesidad de restituir al paciente su conciencia y su libertad y el derecho a situarse frente a Dios, precisamente cuando está terminando su existencia terrenal. (Llano Escobar, 1977)

Los médicos enfrentan en toda su práctica profesional los diagnósticos de enfermedades terminales y su estrecha relación con los pacientes y sus familiares, de ahí la importancia de su labor de apoyo y asistencia, porque no solo combaten contra la enfermedad y la búsqueda de la salud, sino también la comprensión y ayuda emocional no solo como médico/paciente sino como de un ser humano a otro.

2.2.2 El asistente social

Existen muchas otras personas que se encuentran en el papel de asistir a los pacientes en agonía o dolientes sin haber considerado necesariamente esto como una parte esencial de su trabajo; sin ninguna capacitación previa, ninguna prevención de sus posibles reacciones emocionales y sin nadie a quien recurrir, para ayuda posterior.

La mayoría de los asistentes de la salud, ya sean médicos, enfermeras, paramédicos, trabajadores sociales, psicólogos o visitadores entran dentro de esta categoría. A pesar de esto, los miembros de ambos grupos tienden a ser vistos por otros como expertos a quienes este aspecto fundamental de nuestra calidad humana, nuestra propia muerte y el cuidado de aquellos que están próximos a morir, pueden depositarse en ellos. (Llano Escobar, 1977)

Las reacciones de las personas que invierten su energía al cuidar de los pacientes en agonía y dolientes pueden escuchar eternamente lo buenos y maravillosos que son por hacerlo, posiblemente con la esperanza de que si son descritos así, seguirán haciéndolo.

El asistente que tenga la expectativa de sentirse plenamente querido y aceptado siempre por todos los pacientes puede enfrentarse rudamente con la realidad. Asistir a los pacientes en agonía y dolientes puede ser una experiencia profundamente satisfactoria y gratificante pero exige, de manera casi inevitable, un importante sacrificio emocional ya que aumenta la conciencia de miedos más profundos. (Sherr, 1992)

La habilidad de dar y recibir un respaldo emocional parece ser importante para apoyar al individuo mientras está involucrado en el papel de asistente. Esto implica ser capaz tanto de vivir como de expresar la propia vulnerabilidad y con ello obtener, para él mismo, el cuidado de otros.

La asistencia debe ser voluntaria, pero sí tiene que ser percibida como importante y útil por todos los miembros del equipo de asistentes, necesita ser sancionada y manejada por la dirección y, como trabajo, estar dentro de las horas laborales.

Los asistentes deben, así mismo, aprender a hacerle frente a sus propias y múltiples experiencias de duelo generadas por la muerte de sus familiares. Muchos asistentes pueden

encontrar en las visitas "subsecuentes" de duelo, la parte más dolorosa de su trabajo. Los parientes temerosos pueden confrontarlos con recriminaciones acerca de la muerte menos que "buena" de su pariente, pueden evitar las visitas de duelo, dejar de compartir su propio dolor con los familiares y una y otra vez quedar desolados.

Dado que, como resultado de su capacitación, idealismo y personalidad, los asistentes generalmente confían en sus propias y espontáneas estrategias para hacerle frente a la intrínseca tensión de su trabajo, pueden necesitar ser alentados a desarrollar un repertorio más amplio de habilidades en el manejo de la tensión que pudiera incluir actividades físicas para mejorar la vida, redes de apoyo social, resolución de problemas, habilidades para administrar mejor el tiempo o entrenamiento para relajarse. (Sherr, 1992)

2.2.3 Los orientadores

Un servicio de orientación durante el duelo realiza dos funciones principales. Los orientadores brindan apoyo emocional y práctico a quienes han perdido un pariente o amigo y los ayuda a trabajar su dolor con el fin de salir de la crisis y capacitarlos mejor para restablecer una vida significativa. El servicio también tiene la función de difundir un conocimiento más general de la naturaleza de la aflicción y del duelo a través de la educación y de la publicidad.

Al considerar un servicio, se deben investigar a fondo las necesidades de la comunidad para averiguar si la orientación durante el duelo ya es ofrecida por algún servicio u organización previamente existente. La encuesta debe evaluar la demanda de orientación durante el duelo y el perfil de los clientes que están solicitando este tipo de ayuda.

Un aspecto central en el establecimiento y desarrollo de un servicio de orientación durante el duelo es la cuidadosa selección de los orientadores. Mientras la orientación durante el duelo

puede ser, finalmente muy recompensable, también puede ser frustrante y dolorosa. La respuesta de dolor inicial de los dolientes, con frecuencia, por el retorno de la persona fallecida.

Se requiere que el orientador voluntario entre a casa de los dolientes sin ninguna relación previa, que los anime a que hablen acerca de su pérdida, que permanezca con ellos durante los meses de desesperación y depresión, y los tranquilice cuando teman la intensidad de sus emociones y aprendan a controlar y comprender los orígenes de su ira. Es importante, por tanto, buscar orientadores que tengan sensibilidad, calor, tolerancia, valor, perseverancia y habilidad para mantener estricta confidencialidad. (Sherr, 1992)

Deben ser capaces de asimilar lo que el enfermo está diciendo con absoluta atención e interpretar sin imponer sus propias experiencias. Los orientadores deben tener la capacidad para comprender el proceso de dolor y las múltiples reacciones emocionales del cliente. El sentido común y la personalidad pueden ser elementos de mayor ventaja que la capacidad intelectual o la asistencia a cursos de capacitación formal.

El orientador proporcionará al cliente un tiempo regular y valioso durante el cual puede desarrollarse una relación de aceptación y sin juicios. La relación con el orientador no es una relación de amistad, y debe contemplarse como una relación que tiene un principio y un fin. (Sherr, 1992)

Al seleccionar o rechazar a un orientador de duelo en potencia, debe considerarse que el servicio está dirigido a ayudar al doliente y no al voluntario. La selección inadecuada no sólo crea dificultades para el servicio, sino también para el voluntario y sus familiares quienes deben hacer frente a la tensión y ansiedad que el voluntario incompetente pueda llevar a casa.

Los orientadores voluntarios aportan un grado de espontaneidad a su trabajo y es importante que el programa desarrolle un equilibrio entre la personalidad inherente y el conocimiento laboral de las técnicas de orientación durante el duelo. El empleo de la representación de papeles y ejercicios experimentales permite que el orientador experimente sus propios sentimientos así como los del cliente. (Sherr, 1992)

2.2.4 Agente de pastoral

Esta atención integral exige tener en cuenta sus necesidades reales, que no son solamente de origen fisiológico, orgánico, sino que revisten, muchas de ellas, de carácter psicológico y algunas tocan los aspectos superiores de la persona; se hace referencia a las necesidades trascendentales, entre las cuales ocupan un lugar importantísimo las de índole religiosa. La atención religiosa la pueden prestar personas muy diversas: el sacerdote, el capellán, la religiosa enfermera, el apóstol laico con algún cargo o nombramiento especial en una institución hospitalaria, etc.

Desde el punto de vista sociológico, todo agente de pastoral tiene un oficio, una función: brindar ayuda religiosa al enfermo y sus familiares. La psicología social enseña que cada rol crea "expectativas de rol". Se tiene derecho a esperar que un agente de pastoral se preocupe por la salud espiritual de los pacientes y sus familiares, les hable de Dios, recite determinadas plegarias u oraciones, en el caso del sacerdote, que administre los sacramentos de la Iglesia. (Bejarano, 1984)

El paciente terminal y su familia necesitan, y por consiguiente, tienen derecho a una atención no solamente técnica, sino también espiritual. Por lo tanto, se deben de satisfacer sus necesidades, biológicas, psicológicas y espirituales. Se asciende de esta forma, por la escala de la "jerarquía de necesidades" la propuesta de Abraham Maslow. (Bejarano, 1984)

El deber de atender a las necesidades religiosas del paciente no solo lo tiene el sacerdote, se extiende a todos los agentes de pastoral; concierne en una medida proporcional a todas las personas con las cuales está en contacto el enfermo: familiares, enfermeras y médicos. El paciente tiene derecho a una asistencia cada vez más humana, más personal, más comprensiva, así como a su familia y amigos.

Por la situación especial de quien da los últimos pasos por el camino de la vida y está tomando lo que hoy se le llama "una opción definitiva" ante la eternidad, el paciente terminal requiere un trato extraordinariamente "humanizado" y respetuoso de sus valores religiosos. El trabajo del personal de salud de los agentes de pastoral con el enfermo, especialmente con el paciente terminal, se diferencia de cualquier trabajo útil a la sociedad y de cualquier otra profesión de servicio, en que éste realiza con seres humanos, en camino hacia la muerte cercana, quienes se encuentran en un estado de sufrimiento físico, moral y espiritual. El paciente terminal está pasando por la última crisis de la existencia humana: el morir. (Bejarano, 1984)

La atención religiosa va dirigida al bien espiritual del paciente y su familia, pero es un elemento psicoterapéutico muy valioso y un factor a veces definitivo en la curación del mismo organismo. Sin embargo, no hay que confundir la atención religiosa al enfermo, con la atención médica, ni siquiera con la labor psicoterapéutica propia del psicólogo o del psiquiatra.

Dada la unidad esencial del cuerpo y del espíritu en el hombre, hay un mutuo influjo psicosomático. La salud corporal repercute profundamente en el bienestar psicológico. El bienestar psicológico tiene profundas repercusiones en la salud orgánica. Y ambos, el psicológico y el orgánico, tienen también influencia sobre el bienestar espiritual del paciente, la solución acertada o desacertada de los problemas espirituales puede tener efectos profundamente

benéficos o nocivos sobre la salud psicológica y sobre la salud física de cualquier enfermo, en especial en su fase terminal. (Bejarano, 1984)

El agente de pastoral debe tener muy presente la situación psicológica del enfermo. Cuando se disfruta de salud, generalmente se siente seguro, fuerte y capaz, pero al presentarse la enfermedad grave, se experimenta de manera muy dramática toda la fragilidad y contingencia, se siente limitado, disminuido, dependiente, solo; aquella persona que era dueña de sí misma, al caer enferma se siente impotente, vulnerable, insegura. Su cuerpo ya no es una fuente de bienestar ni de mucho menos de satisfacción o de placer; no le responde como antes; no lo puede controlar, ni dominar. Y traicionado por su cuerpo, el enfermo pierde a veces su auto-estima y siente desplomarse sus sentimientos de autonomía y libertad.

El sacerdote o el agente pastoral deben tratar de compartir los temores y esperanzas del paciente: ni regañarlo con falsas esperanzas, ni matarle la esperanza de curación. Bien tratados, estos sentimientos pueden ser profundamente benéficos como preparación para una reconciliación sincera y profunda con los familiares, con los prójimos, con Dios. *"La gracia no destruye la naturaleza, sino que la eleva y perfecciona"* (Bejarano, 1984, p 333) y estos sentimientos naturales con mucha frecuencia pueden ser el terreno fértil sobre el cual la gracia construya verdaderos propósitos de la enmienda, una contrición sincera que obtenga el perdón de Dios, devuelva la paz a la conciencia y restablezca la armonía perdida en el hogar.

El sacerdote o el agente de pastoral pueden encontrarse con enfermos de posiciones religiosas disímiles; desde un paciente ateo, para quien en la práctica tiene muy poca o ninguna importancia el aspecto religioso, hasta el creyente ferviente y practicante, para quien las creencias y vivencias religiosas son las más vitales e importantes de su vida.

La asistencia espiritual es un elemento esencial de toda atención íntegra y de todos los cuidados paliativos del enfermo terminal. Si no se tiene en cuenta esta dimensión espiritual y religiosa, cualquier labor de asistencia queda fundamentalmente truncada e incompleta.

Porque el hombre no solamente es un organismo enfermo, sino que es una persona humana con necesidades de autorrealización personal, entre las cuales ocupan el lugar supremo y definitivo, los valores trascendentales de tipo religioso. Por esta asistencia religiosa, a su vez, debe tener muy en cuenta las otras dimensiones del ser humano: la salud y bienestar psicológicos. (Bejarano, 1984)

2.2.5 El Psicólogo

La participación del psicólogo clínico de la salud es importante, ya que son aquellos quienes, a través de la investigación y la práctica, contribuyen a la promoción y mantenimiento de la buena salud. También participan en la previsión y tratamiento de la enfermedad. Pueden diseñar, ejecutar y estudiar programas para ayudar a las personas para que dejen de fumar, control de estrés, pierdan peso y en los duelos.

Dado que el campo de acción que tiene la Psicología es diverso, aquellos que se desempeñan en él, provienen de diversas áreas como: psicología clínica, orientación psicológica, psicología social, de la personalidad y otros. Muchos psicólogos de la salud trabajan en centros médicos. (Phares, 1996)

La función del psicólogo es muy importante en apoyo al paciente terminal y sus familiares, porque muestra su interés como ser humano y como profesional. *"Los psicólogos deben mantener los intereses y bienestar de aquellos que reciben sus servicios como lo más importante en todo momento."* (Gross, 1992, p 54-55)

Los psicólogos de atención enfrentan decisiones morales todos los días. Deben decidir dónde depositar su tiempo y los otros recursos a su disposición, a quien ayudar y a quién no. Deben decidir cómo interactuarán con aquellos que buscan su ayuda. Pero el propósito del psicólogo comúnmente consiste en promover el cambio, el cual con frecuencia implica un movimiento hacia lo mejor, es decir, la más valiosa solución: esto es, en algún sentido, por algunos medios, los valores del terapeuta se imponen sobre el cliente, aunque sea de manera implícita más que explícita.

Los psicólogos que se responsabilizan por los clientes sobre los que pueden ejercer poder o influencia, deben darles oportunidades de ser, o alentarlos a ser responsables de sí mismos. Para algunos clientes ello implicaría darles oportunidades de ejercer opciones y dirigir el curso de sus vidas.

El valor de la comprensión del funcionamiento humano no reside en su aplicación, en el sentido usual, sino en su posesión. Para ayudar a las personas que se encuentra en dificultades psicológicas, trabaja para aumentar su comprensión de sí misma y de su relación con los otros.

Los psicólogos como profesionales dentro del área de la salud necesitan para su tarea conocimientos técnicos y científicos que permitan atender las necesidades de quienes se encuentran en el proceso de duelo. Para la comprensión de los pacientes y sus familiares hay que saber su concepto y creencias acerca de la muerte; esta información es indispensable para conocerlos como unidad familiar y como personas.

La tarea principal del psicólogo es aportar al enfermo terminal y a sus familiares, la máxima comodidad, desahogo, confort y aceptación, por medio del apoyo emocional, empatía y

comunicación, respetando sus valores, ideas, libertad y dignidad. Se requiere en esas situaciones la compañía, la escucha y el diálogo.

Después del fallecimiento del paciente, el interés y la atención deben centralizarse en la familia que permanece, para apoyarlos y hacerles más tolerable esta experiencia. Con esto el psicólogo del área de la salud debe estudiar el duelo y la pérdida para poder afrontar estas situaciones de manera científica, objetiva y sobre todo comprensiva y humanamente.

El psicólogo no se debe olvidar que las personas que quedan después de la muerte del paciente, están en el duelo y también están traumatados. La situación del sobreviviente es importante porque ha presenciado la muerte y puede haber perdido un miembro de la familia, a un ser amado, a un colaborador o a un amigo cercano.

Uno de los efectos más traumáticos experimentados por el sobreviviente es la culpa. Esta culpa puede presentarse como resultado de sentimientos de:

- no ser capaz de hacer más para salvar a otros
- que la propia vida fue a costa de la vida de alguna otra persona
- no hacer caso de las advertencias o procedimientos de salud y de seguridad
- acciones que condujeron a la otra persona a estar presente en el lugar del siniestro como trabajos eventuales o cambios de turno (Sherr, 1992)

Otros efectos posteriores para los sobrevivientes pueden deberse al hecho de haber presenciado la muerte que pudo haber sido de naturaleza grotesca; la persona queda con sentimientos de extrema vulnerabilidad e impotencia. El concepto de sí mismo como persona buena es puesto en tela de juicio. Las pérdidas para los sobrevivientes son múltiples. El sobreviviente puede haber perdido alguno o todos los siguientes elementos: un lugar de

trabajo, identidad, capacidad laboral, personalidad, algún miembro del cuerpo, fe, esperanza, posición, ingreso económico, hogar, comunidad, esto, anudado a las personas y relaciones. Las pérdidas anteriores pueden despertar, en el sobreviviente, reacciones de duelo combinadas. (Sherr, 1992)

Ante todo esto, el psicólogo puede ayudar bastante a los familiares, la primera forma es comprendiendo que el dolor es natural, que a pesar de que los sentimientos son poderosos, son normales: simplemente no se habían sentido antes. Todos pueden ayudar, incluyendo amigos, parientes y asistencias profesionales.

Esto se expresa con el objeto de que se aliente al doliente a encontrar su propio camino hacia su experiencia y no ofrecer una prescripción de acuerdo a la teoría. No debe subestimarse el apoyo del cuidado común y el interés por el bienestar del doliente. El cuidado común podría describirse como protector, y la orientación durante el duelo tiende a ser necesaria si:

- los miembros de la familia están incapacitados para comunicarse unos con otros y no existe ningún otro apoyo disponible para uno o más miembros
- un individuo está atorado con un sentimiento y no puede funcionar
- un individuo siente la necesidad de explorar lo que está sucediendo
- alguien se siente desesperadamente atrapado por las emociones (Sherr, 1992)

El objetivo es ayudar a las personas y a las familias al punto en el que ya no necesiten más de tal ayuda, porque dada la intervención psicológica de manera temprana y constante los miembros familiares podrán salir pronto de su duelo.

El psicólogo tiene que hacer una atmósfera de apoyo y esperanza y debe hacer una diferencia entre sus propias reacciones ante las anécdotas angustiantes y el estado emocional del paciente. Esto generalmente, conduce al respeto mutuo. Dar retroalimentación positiva al doliente es una de las cosas más útiles que pueden suceder. Ayudar a los individuos a reconocer su fortaleza los hace capaces de lograr un mejor sentido de identidad ante sí mismos. Esto es particularmente cierto cuando en el doliente, una gran dependencia era una realidad anterior a la muerte. Nuevas y estimulantes habilidades pueden desenterrarse y surgir.

Al ayudar al doliente; los psicólogos se conocerán mejor a sí mismos si brindan un adecuado apoyo y supervisión que, se espera, los hará capaces de ser más honestos en tales situaciones de dificultad lo que, a cambio, ayudarán a los clientes a pensar de que los psicólogos necesitarán el mismo valor para explorar sus propias emociones y reacciones, todos están en el mismo camino pero en diferentes etapas del viaje por la vida.

En conclusión el papel del psicólogo es ayudar a las familias a enfrentarse a la pérdida de uno de sus miembros por muerte, es el de facilitar la familia a comprender y aceptar las reacciones de cada uno. El psicólogo puede asegurarse que cada miembro tenga la oportunidad de compartir su perspectiva con otros y apoyar a cada uno para tolerar las discrepancias.

2.2.6 Participación del Psicólogo ante el proceso del duelo

El trabajo del psicólogo clínico con los familiares durante el proceso de duelo brinda la oportunidad a estos de integrarse y de aceptar la pérdida de su ser querido, es aquí donde el psicólogo clínico establece procedimientos y criterios para dar la calidad terapéutica necesaria.

El seguimiento se designa una extensión de los cuidados que consisten vigilar el proceso del duelo de la familia del paciente ofreciéndole generalmente la oportunidad de compartirlo en sesiones de apoyo posteriores. La frecuencia puede ser de una a cinco sesiones. Este servicio es prestado por el psicólogo clínico, bien sea en forma domiciliaria o institucional. El seguimiento en sí no implica una intervención terapéutica; en tales sesiones se ofrecen apoyo, comprensión, consuelo, y posibilidad de analizar y concretar dudas, actitudes y sentimientos de los diferentes miembros de la familia. (Bejarano, 1984)

La conserjería en el duelo es donde muchas personas consiguen enfrentar por sí mismas las reacciones del duelo sin requerir ayuda, llevando el duelo a una terminación sana. Pero para otras resolver su situación de pérdida excede sus capacidades. La terapia generalmente ayuda a la persona a concluir efectivamente con dicho proceso.

Para el psicólogo clínico debe quedar clara la diferenciación entre conserjería y terapia de duelo. La primera facilita la evolución del duelo no complicado, normal, para concluir las tareas dentro de un plazo razonable. El término terapia del duelo está reservado para designar un modelo de intervención profesional que emplea técnicas especializadas tendientes a ayudar a personas con duelos complicados o anormales. (Bejarano, 1984)

Los objetivos de la conserjería del duelo o metas de la intervención se pueden resumir en:

- Incrementar la realidad de la pérdida
- Ayudar a la persona a admitir y a manejar los efectos tanto latentes como manifiestos
- Ayudar a superar las dificultades que impiden el reajuste posterior a la pérdida
- Promover el sano retiro emocional del vínculo con la persona muerta y facilitar el que la persona se sienta comfortable reinvertiendo sus afectos en otra relación.

La aplicación de esta técnica ha sido reconocida como muy útil tanto en prevenir la aparición de complicaciones en sujetos predeciblemente de alto riesgo, como también en prestar atención emocional a una amplia población que, de hecho, viven en forma traumática la pérdida de un ser querido. (Bejarano, 1984)

Los grupos de apoyo son una fórmula intermedia entre la conserjería y la terapia de duelo. Los integrantes que comparten el mismo tipo de duelo y son orientados o dirigidos por un experto. La catarsis, el apoyo que los mismos miembros se ofrecen entre sí, la validación de la experiencia de cada uno y la orientación que los psicoterapeutas hacen del grupo, son contribuciones muy valiosas para los asistentes.

Compartir en un ambiente que no juzga sino que es receptivo y cálido, responde a una intensa necesidad de los miembros. En ocasiones una vez terminado el plazo asignado formalmente para la intervención, algunos de estos miembros han establecido vínculos y un soporte tan estrecho que continúan reuniéndose periódicamente de manera independiente.

En la terapia de duelo, la meta es identificar y resolver los conflictos de separación que impiden la resolución del duelo en aquellos individuos que presentan en sus reacciones: ausencia, demora, excesiva intensidad o cronificación en el proceso. (Bejarano, 1984)

La familia necesita ser escuchada, que sus sentimientos sean validados, comprendidos y su expresión aceptada. Ante el sufrimiento de la familia está la impotencia de amigos y relacionados; por esto se tiende a reprimir los sentimientos a desvalorizar los temores y ansiedades y a negar la percepción que la propia familia tiene de la realidad. Aquí el psicólogo clínico fomenta la integración y la aceptación de los sentimientos y la estabilidad familiar y personal.

El punto ante el cual se solicita ayuda al psicólogo, es importante dar atención al grupo familiar, para que desde el principio sepan que:

- El psicólogo está escuchando
- Se tomarán en cuenta sus puntos de vista
- El psicólogo no va a tomar partido por ningún miembro de la familia; tendrá cuidado de asegurarse de que todos los miembros estén presentes y, si no, se asegurará de que se invite a cualquiera que esté excluido; si esto no puede lograrse será importante explorar la causa.

Es importante tratar de ayudar a que los dolientes comprendan su situación y otórgales un sentimiento de autonomía tan pronto que sea posible. Inicialmente el contacto diario puede ser necesario.

El duelo es una reacción, aunque terrible, natural ante la muerte de un ser querido y la mayoría de las personas lo resuelven sin la necesidad de ayuda profesional, pero funcionan con el apoyo de la familia y amigos. (Sherr, 1992)

La conserjería durante el duelo tiende a ser necesaria si:

- Los miembros de la familia están incapacitados para comunicarse unos con otros y no existe ningún apoyo disponible para uno o más miembros
- Un individuo está obstruido con un sentimiento y no puede funcionar
- Un individuo siente la necesidad de explorar lo que está sucediendo
- Alguien se siente desesperadamente atrapado por las emociones

De todo esto puede contemplarse que quienes ayudan en dichas situaciones deberán ser lo suficientemente flexibles como para quedarse con el dolor que sienten las personas y lo

suficientemente fuertes como para permitir que las personas trabajen a través de estos sentimientos negativos hasta que el individuo los domine y pueda demostrar la habilidad de enfrentarse a través de la acción.

La mayoría de las personas necesitan una atmósfera de apoyo y esperanza. Los psicólogos deben hacer una diferencia entre sus propias reacciones ante las anécdotas angustiantes y el estado emocional del paciente. En este momento la reacción es importante; debe ser diferenciada, respetada y validada. Esto, generalmente, conduce al respeto mutuo.

Dar retroalimentación positiva al doliente es una de las cosas más útiles que pueden suceder. Ayudar a los individuos a reconocer su fortaleza, los hace capaces de lograr un mejor sentido de identidad ante sí mismos.

Esto es particularmente cierto cuando en el doliente, una gran dependencia era una realidad anterior a la muerte. Nuevas y estimulantes habilidades pueden desenterrarse y surgir. Al ayudar al doliente los psicólogos se conocerán mejor así mismos si brindan un adecuado apoyo y supervisión que, se espera, los hará capaces de ser más honestos en tales situaciones de dificultad o que, a cambio, ayudará a los pacientes.

Esencialmente, entonces, nuestro papel es ayudar a las familias a enfrentarse a la pérdida de uno de sus miembros por muerte es de facilitar la resolución de los sentimientos de los individuos y ayudar a los miembros de la familia a comprender y aceptar las reacciones de cada uno. Se puede asegurar de que cada miembro tenga la oportunidad de compartir su perspectiva con otros y apoyar a cada uno para tolerar las discrepancias. (Sherr, 1992)

La formación y funciones del psicólogo clínico lo convierten en un experto indispensable en los momentos del duelo, aporta gran ayuda a los enfermos terminales en aceptar su situación

y a los familiares en su adaptación y aceptación de la pérdida del ser querido. La psicología clínica tiene como función es de aportar teorías, investigaciones, técnicas y metodologías. También aporta la comprensión y la empatía, siendo una ciencia que estudia al ser humano, es también una ciencia humanitaria.

En el próximo capítulo se explicarán las teorías psicológicas Sistémica, Psicoanalítica y Gestalt, describiendo en cada una su forma característica de ver al individuo y el enfoque terapéutico que tienen para resolver el duelo y la pérdida en los familiares.

CAPITULO 3

3.1 Enfoque Sistémico

El enfoque Sistémico es una teoría que fomenta la actividad y la pronta asistencia durante el proceso de duelo, siendo este enfoque de los más actuales para llevar este tipo de situaciones.

Se entiende que la teoría general de los sistemas es exactamente eso: general. Se considera que se aplica a todo sistema, con independencia de los tipos particulares de elementos y relaciones. Desde luego, esta definición deja abierto el punto de que es exactamente lo incluido en el sistema y lo incluido en el ambiente y la cuestión de trazar la diferencia. No hay reglas fijas y rígidas para trazar o construir un límite entre sistema y ambiente; se trata solo de lo que una persona decida definir como *"el sistema en consideración"*. (Shazer, 1986, p. 179-180)

3.1.1 Características del enfoque

El punto de vista sistémico enfatiza el no aislar los elementos necesariamente, sino relacionarlos entre ellos con el fin de comprenderlos en su interacción contextual e intrínseca.

Esta necesidad por entender con mayor amplitud los fenómenos racionales, los problemas teóricos, las ciencias biológicas, así como de la modernización de la ciencia mecanicista, con una nueva concepción que vislumbra a los organismos biológicos no como entes aislados, sino como un todo, dentro de la intervención sistémica, para verlos con niveles de organización consigo mismos y con el mundo que los rodea a través de los estímulos ambientales. (Sánchez, 2000)

Las metas u objetivos de la teoría general de los sistemas en la ciencia serán conducir a una integración contextual de instrucción científica de las ciencias naturales y sociales, así como determinar una teoría exacta en los campos no físicos de la ciencia.

Todo organismo viviente es un sistema abierto con una continua asimilación y eliminación de elementos para mantenerse en un estado de homeostasis o equilibrio; una familia sería un sistema viviente que se rige por los mismos estímulos. Por lo tanto, se postularía que la teoría de los sistemas, en el marco conceptual de la terapia familiar, nos permitiría obtener una nueva visión respecto de la conceptualización de funcionabilidad y patología; modificando la unión lineal o reduccionista, por una sistémica o contextual. Si se considera que una enfermedad o alteración mental en una persona es una alteración en el sistema psicodinámico que repercutirá en los subsistemas que interactúan con el paciente, se puede determinar que los síntomas y conductas aisladas reducen la posibilidad de su tratamiento.

La teoría de los sistemas aplicada a la terapia familiar permite una nueva concepción de los problemas, del comportamiento y de sus relaciones. Esta concepción de sistema se basa en el siguiente postulado: *"el pensamiento contextual y la organización sistémica circular, esto es, la conducta de un miembro de la familia afecta o está relacionada con el número de miembros de la familia"*. (Sánchez, 2000, p. 40)

El modelo sistémico o contextual determina el comportamiento como el resultado de múltiples causas, su significado dependerá de esta multiplicidad de factores, que no necesariamente serán vistos como patológicos, ya que hay una forma infinita de comportamiento y de conductas, de pensamientos y de familias.

Para los sistemas no hay ni existe la familia normal, cada familia tiene derecho y la libertad de vivir su propia verdad y razón de vida; si hay muchas formas de vivir la vida, también se debe aceptar esto y no encasillar a una persona en un patrón rígido de patologías. Los pacientes son personas con problemas y esto es lo que se debe ver, sin ir más allá de este encuadre. El problema surgirá al interrelacionarse con su contexto familiar, social, laboral, político y económico. La concepción sistémica de un paciente o un problema que se presenta en una persona se debe buscar y revivir la información contextual de su problema, que haya retroalimentación de éste y conocerlo de forma sistémica y en consecuencia ver si el paciente presenta una sintomatología como consecuencia de una patología familiar, social, cultural, política o laboral. (Sánchez, 2000)

Los principios básicos de la teoría de los sistemas en la terapia familiar son: todo sistema familiar es una unidad organizada a través de sus reglas propias, donde los elementos de organización son necesariamente independientes; el sistema está interactuando por las cualidades individuales de la suma de "n" elementos y esta organización interactúa, se forma y se rige por la predicción y consistencia de cada uno de éstos; el comportamiento de un individuo no se podrá comprender de manera aislada sino en su interacción con el sistema.

La estructura sistémica familiar está formada por subsistemas. Dentro de cualquier sistema familiar existen jerarquías, éstas delimitan los subsistemas, sus obligaciones y responsabilidades, los que generalmente están determinados por las generaciones, la edad, el género y la función. Los límites serán los que delimiten las jerarquías y su funcionalidad.

Los patrones que rigen al sistema familiar son circulares no lineales; la familia se ve como un sistema de retroalimentación donde el comportamiento de A es consecuencia e influye en el comportamiento de B, C, D, etc. La patología no se encuentra en el paciente identificado, éste es quien manifiesta los síntomas pero la patología se encuentra en la estructura familiar.

Los sistemas familiares mantienen su estabilidad por el mecanismo de homeostasis. La tendencia central principal de un sistema es mantener el equilibrio, pero como se ha mencionado con anterioridad, los sistemas y las familias rompen su equilibrio no necesariamente por la destrucción o la entropía, sino que también estos cambios pueden darse por el principio de crecimiento o de morfogénesis. Por lo tanto, los sistemas abiertos como son las familias, se rigen por principios dinámicos y de la interacción con el ambiente, y no por principios estáticos o cerrados. (Sánchez, 2000)

3.1.2 Cibernética

La visión más totalizadora de la cibernética es enfocar la organización circular en lugar de una lineal. La cibernética se ocupa de todas las formas de conducta. La verdad de la cibernética es que no se derive de ninguna otra rama de la ciencia, pues posee sus propios fundamentos.

Para el terapeuta representa que el método mediante el cual los datos son capturados (diagnóstico), es una forma de construir y mantener el contexto terapéutico. El contexto y las preguntas del terapeuta contribuyen a crear la *"realidad"* del problema que se trata. Para el terapeuta familiar enfrentarse a la cibernética es enfrentarse a un nuevo campo. A veces se interpreta que ella apunta hacia un mundo invisible, ya que ahí no hay nada para contar o medir y toda pregunta relativa a lo real se vuelve con frecuencia irrelevante. (Sánchez, 2000)

Todas estas técnicas provocativas eran destinadas a estremecer a la familia como palanca para sacarlos de su estado de crisis y ofrecerles otra realidad. Esta segunda etapa dio énfasis a los procesos de amplificación hacia la desviación, a retar la desviación, y la estructura del sistema, al desequilibrio y la reestructuración del sistema, a movilizar los subsistemas y a dar otra jerarquía a la unión de estos, a dar fuerza a un subsistema, proporcionando una visión hemodinámica en lugar de una homeostática.

En este modelo el terapeuta familiar no es un agente que opera cambios en la familia, sino que es un receptor de la realidad de la familia a través del significado de ésta. Durante el proceso terapéutico, el terapeuta únicamente introduce diferencias significativas donde puedan surgir nuevas perspectivas compartidas, para lograr el objetivo terapéutico. La sesión de terapia se convierte en una amena conversación que intenta disminuir la angustia de todos o de algunos de los participantes; se intercambian diálogos respecto del problema presentado para que se obtengan más perspectivas, puntos de vista alternativos con el fin que la propia familia solucione sus propios problemas. Los descubrimientos y los cambios que resulten del proceso terapéutico son logros de la familia consultante, son el fruto de sus propios esfuerzos y afinidades.

3.1.3 Enfoque Sistémico aplicado al proceso terapéutico

En el enfoque Sistémico es importante abordar al paciente en relación a su familia, puesto que ésta constituye un sistema, así también la terapia interactúa con la familia, claro que la terapia es un tipo de sistema diferente: a diferencia de la familia, tiene un carácter solo temporáneo y, lo que es importante, se define en torno de un problema.

El sistema terapéutico tiene una meta y un propósito: resolver el problema que se enfrenta. Operacionalmente, incluye al terapeuta, al problema, al paciente y las relaciones con el terapeuta, el problema y el paciente. (Shazer, 1986)

La idea que el sistema terapéutico se define en parte por el problema permite al terapeuta y cliente llevar a una expresión mínima lo que, si todos estos sistemas considerados en pie de igualdad, adquiriría una complejidad apabullante. Esta idea permite al terapeuta y al paciente aprovechar el concepto de que el cambio en una persona (o el cambio en las relaciones de

esa persona con algunas otras) pueden modificar el resto del sistema en consideración. El sistema en cuestión sea uno u otro es algo que depende de la definición del problema por resolver.

El paciente y el terapeuta constituyen conjuntamente la realidad del problema. El paciente inicia el proceso de cambio por el hecho mismo de presentar su problema a un terapeuta, con lo cual lo hace público. La definición del problema queda sujeta a cambio. En consecuencia, terapeuta piensa en la actividad interaccional de la terapia como un esfuerzo cooperativo en el cual terapeuta y paciente construyen juntos un problema que puede resolverse.

La definición de problemas en terapia es función del proceso de evaluación. El proceso de evaluación está influido por las metáforas y asunciones del terapeuta respecto a las personas y la naturaleza de los problemas, y por la teoría de solución que tenga. Los terapeutas no asignan problemas a los pacientes al azar. Los problemas se derivan de los datos brutos de las quejas de los pacientes. Son negociados interpersonalmente, co-creados. Si los problemas son negociables se podría también negociar un problema que fuera posible, incluso fácil, resolver.

Habitualmente los pacientes vienen ya con algún tipo de definición del problema, la cual no ha ayudado a que se arregle la situación. El terapeuta negocia una definición del problema que esté en sus manos y en las del paciente resolver. El terapeuta ofrece definiciones nuevas del problema, o buscamos en la queja del paciente una pista de algo que pueda solucionarse. (O'Hanlon, 1990)

Si el terapeuta da al paciente mensajes verbales y no verbales de lo importante de que en ese encuentro el paciente experimente y exprese alguna emoción intensa, por lo tanto, en vez

de buscar los verdaderos sentimientos, problemas o puntos de vista de los pacientes, el terapeuta prefiriere influir y co-crear activamente estas experiencias.

En la terapia sistémica se empieza en todas las primeras sesiones con la premisa de que es posible negociar una realidad terapéutica que haga desaparecer la idea de que hay un "problema". El trabajo del terapeuta es reducir el tamaño del problema a ojos del paciente, haciéndolo permanecer más manejable.

Las personas tienen dificultades, a menudo olvidan que tienen recursos y capacidades debido a que se reduce su campo de percepción. A veces los pacientes no establecen conexión entre las habilidades y capacidades que poseen en un área que aparentemente no tiene ninguna relación con sus problemas, y que pueden ayudarles a resolverlos. La tarea del terapeuta es crear una atmósfera que facilite que se den cuenta de sus fuerzas y capacidades.

Para llevar esto, el terapeuta debe tener un lenguaje que ofrezca la posibilidad de reificar, solidificar, ciertos puntos de vista acerca de la realidad. También el lenguaje se puede usar como un instrumento para cuestionar certezas inútiles. El terapeuta debe ser muy cuidadoso con el modo en que emplea el lenguaje en terapia. (O'Hanlon, 1990)

Estos métodos están dirigidos, más que a adaptarse al lenguaje del paciente, a producir cambios en la percepción y en la conducta. Lo que tienen en común estos con otros métodos es la utilización de presuposiciones. Las presuposiciones son formas de hablar que presumen algo sin afirmarlo directamente.

El terapeuta puede usar presuposiciones para introducir en la sesión de terapia ideas o expectativas de cambio. El terapeuta debe emplear inicialmente las palabras que usan los clientes como forma de unirse a ellos y establecer *rapport*. La gente selecciona determinadas

palabras para reflejar sus experiencias. Las palabras elegidas poseen ciertas connotaciones para el hablante. En esta medida, el terapeuta adopta el lenguaje del paciente, éstos habitualmente llegan a creer que el terapeuta le entiende, le aprecia y se identifica con sus experiencias subjetivas.

Inicialmente el terapeuta utiliza las palabras que usa el paciente y empieza luego a encauzar los significados de esas palabras en una dirección productiva o a emplear palabras distintas. Resulta útil encauzar el lenguaje, alejándolo de la jerga que emplea etiquetas fijas y negativas y llevarlo hacia descripciones de acciones que se encuentran en el lenguaje cotidiano. Cuando el paciente emplea rótulos negativos, fijos para describirse a sí mismo o a otros, se traducen estos rótulos a descripciones de acciones.

El terapeuta puede hacer mucho por alterar la percepción que el cliente tiene del problema, modificando gradualmente el rótulo utilizado para describir la situación que constituye una dificultad. (O'Hanlon, 1990)

En la sesión como intervención, los componentes de la entrevista centrada en las soluciones se considera una intervención; mediante el uso de diversas técnicas de entrevista centradas en las soluciones los pacientes pueden experimentar, en el transcurso de la sesión, cambios importantes en la forma de ver su situación. Estos cambios permiten a la gente salir del consultorio y actuar de forma más productiva.

Para ejecutar su tarea, el terapeuta debe establecer algunos supuestos sobre a la construcción de quejas y la naturaleza de las soluciones. Las quejas involucran conducta generada por la visión del mundo que tiene el paciente. Las quejas pueden construirse de diversas maneras según quien tenga la culpa, y según el modo en que la queja se encuadre.

Se mantienen por la idea lo que el paciente ha decidido hacer para enfrentar la dificultad original es lo único correcto y lógico que puede hacerse. En consecuencia, el paciente se comporta como si estuviera atrapado en la alternativa de hacer más de lo mismo en tanto han rechazado o se han prohibido una mitad de la disyunción entre "esto" o "aquello". Para iniciar la solución de una queja se necesitan cambios mínimos; una vez que el cambio se ha iniciado (como consecuencia de la tarea del terapeuta), el paciente genera cambios adicionales. (Shazer, 1986)

Durante la terapia se hacen preguntas presuposicionales, están diseñadas para funcionar como "*intervenciones*". A través de las preguntas y el uso cuidadoso del lenguaje de las soluciones se intenta influir sobre las percepciones de los clientes dirigiéndose a las soluciones. Reflexionar sobre las preguntas ayuda a los pacientes a considerar su situación desde nuevas perspectivas.

Una regla básica en construir preguntas presuposicionales es mantenerlas abiertas, evitando preguntas a las que se pueda contestar con un "*sí*" o un "*no*". Cuando el terapeuta no sigue este principio y hacen preguntas de "*sí*" o "*no*" los pacientes optan por dar simples respuestas de "*sí*" o "*no*". Hacer una pregunta abierta casi siempre proporciona una respuesta más compleja y útil. (O'Hanlon, 1990)

Preguntar sobre el problema, es el interés de información muy específica: los marcos de referencia en los pacientes sitúan el problema: en qué sentido lo ven como problema; y las circunstancias y la secuencia de eventos cuando suceden a éste. Cuando se empieza a centrarse en él durante la sesión, de ningún modo estamos intentando entender "*el significado del problema*", encontrar su "*causa*" o perseguir ninguna otra idea similar acerca de la resolución de los conflictos. Solo deben interesar aquellos aspectos este que proporcionan el tipo de información que se necesita para formular intervenciones útiles.

Para solucionar el problema se debe invertir el esfuerzo en la mejor solución. Una vez comprendido al detalle los esfuerzos ineficaces de resolución del problema, se pondrá sugerir a los pacientes que inviertan la forma en que han estado abordando la situación.

3.1.4. Terapia breve

La terapia breve se basa en la teoría de sistemas que sostiene que el todo es más grande que la suma de sus partes, impone la necesidad de llevar a terapia a toda la unidad familiar. Tanto entre profesionales como entre pacientes existe mucha confusión en cuanto a lo que significa exactamente la expresión "terapia breve". El rótulo sugiere que se la diferencia de otro tipo de terapia que no es breve, es decir, terapia prolongada. Pero ¿cuáles son las restricciones de tiempo que limitan a la terapia breve? para algunos consta de 10 a 25 sesiones, mientras que para otros puede incluir 40 a 50 sesiones.

La clave de terapia breve radica en utilizar lo que el paciente trae consigo para satisfacer sus necesidades de modo tal que pueda lograr una vida satisfactoria por sí mismo. Para que la intervención de terapia breve se adecue o ajuste fructuosamente no es necesario un conocimiento detallado de la queja. Para impulsar la solución, ni siquiera es necesario poder construir con algún rigor el modo en que la perturbación se mantiene. En una situación problemática cualquier conducta realmente diferente puede bastar para impulsar la solución y proporcionar al cliente la satisfacción que busca en la terapia. Todo lo que se necesita es que la persona envuelta en una solución perturbadora haga algo diferente, aunque esa conducta sea aparentemente irracional, sin duda inapropiada, obviamente extravagante o humorística.

El terapeuta hace en cada intervención parezca confeccionada a la medida para el paciente específico en una situación específica. El carácter indirecto puede considerarse una de las impresiones digitales de la terapia breve. Los mapas teóricos balance de la situación del

paciente, es decir, la relación entre la meta del cliente y su síntoma, pueden emplearse para apuntar al aspecto central del enfoque. Los “*síntomas*” son aceptados con su valor nominal y, más que eliminados, convertidos en parte de la solución.

El objetivo de la terapia breve no consiste en la “*eliminación del síntoma*” sino de ayudar al paciente a establecer algunas condiciones que permitan el logro espontáneo de la meta enunciada o implícita. En la mayoría de los casos, es posible construir un significado nuevo y beneficioso por lo menos en torno de algunos de los aspectos del denominado síntoma. No se puede decir de manera absoluta que una persona esté presentando un síntoma o que no lo esté haciendo. El hecho de que cierta conducta sea rotulada como síntoma es arbitrario. En otro escenario o con un distinto significado, la misma conducta sería al mismo tiempo adecuado y normal.

Solo se necesita un cambio pequeño, y por lo tanto, sólo es necesaria una meta pequeña y razonable, esto facilita el desarrollo de una relación cooperativa entre terapeuta y paciente. Una diferencia principal entre la terapia breve y otros modelos reside en la idea de quienes practican la primera en cuanto a que, por más tremenda y compleja que sea la situación, un pequeño cambio en la conducta de una persona puede generar diferencias profundas y de largo alcance en la conducta de todas las personas involucradas. (Shazer, 1986)

Tanto la experiencia clínica como la investigación parecen confirmar que un pequeño cambio puede conducir a otros cambios y, por lo tanto a una mejoría adicional, cuanto mayor sea la meta o el cambio deseado, más probable es que fracasen el terapeuta y su paciente. Para el especialista en terapia breve, el “paciente” es el problema: ésta es la diferencia esencial entre terapia breve y otras terapias para las cuales el “paciente” es una persona o un grupo de personas.

3.1.5 Tipos de terapia de Enfoque Sistémico

El enfoque sistémico trata los problemas y los resuelve, en sus distintas formas de terapia, busca la causa de los problemas y las quejas del paciente y ofrece cambios positivos durante las sesiones. Estos tipos de terapia sistémica son por definición de objetivos, terapia orientada a las soluciones y la terapia breve. Se abordará cada una de ellas en su tarea terapéutica.

3.1.5.1 Definición de objetivos

Es responsabilidad del paciente decirle al terapeuta qué cambios quieren que le ocurran, el terapeuta adapta un papel muy activo para asegurar que los objetivos sean alcanzables y esperan que sean lo bastante concretos como para saber cuándo se habrán alcanzado. Este procedimiento de definición de objetivo, un proceso cooperativo de negociación.

El papel activo del terapeuta en este aspecto de la terapia maximiza las probabilidades de que los clientes vayan a conseguir las metas así construidas. Las premisas básicas es que un cambio pequeño lleva a cambios adicionales, la forma lógica de empezar es con un pequeño primer paso. Si cambia una persona en una relación, cambia la relación. Si cambia un miembro de la familia, también cambian otros miembros de la familia. Un cambio es un aspecto de la vida de un individuo lleva a cambios en otras áreas. (Shazer, 1986)

Otro aspecto importante de la definición de objetivos es que éstos tienen que ser concretos. Objetivos del tipo "*mayor autoestima*", "*más intimidad*", "*sentirme más feliz*" son sólo puntos de partida en el proceso de negociación de los objetivos.

3.1.5.2 Terapia orientada hacia las soluciones

En la terapia orientada hacia las soluciones lo que intenta hacer es cambiar la "*forma de actuar*" en la situación percibida como problemática. Se quieren cambiar las acciones e

interacciones que intervienen en la situación, dando a los pacientes libertad para usar otras acciones, atípicas, que tengan más probabilidades de resolver el problema que la repetición de pautas sin éxito. Un cambio en lo que hacen puede producir también un cambio en su marco de referencia. Además, los cambios en la “forma de actuar” en la situación pueden generar recursos y capacidades nuevas u olvidadas.

Cambiar “*la forma de ver*” la situación percibida como problemática, cambiar los marcos de referencia de los clientes, tanto en la sesión como fuera de la sala de terapia, puede llevar a cambios en las acciones y a la estimulación de potencialidades y recursos no utilizados.

Evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática, recordar a las personas sus recursos y fomentar estas fuerzas y capacidades puede llevar a cambios en sus acciones y en su punto de vista. (Shazer, 1986)

3.1.5.3 Técnicas terapéuticas sistémicas

Las técnicas utilizadas en la terapia sistémica se basan en cómo se manifiesta o considera el problema el paciente y las soluciones que toman poco a poco forma.

El terapeuta debe tomar en cuenta los contextos, significados y conductas del paciente, para razonar la técnica adecuada para iniciar el cambio en el paciente. Estas técnicas sistémicas funcionan con la cooperación del terapeuta y el paciente.

3.1.5.4 Mapas múltiples

El proceso de descripción múltiple de la misma conducta o secuencia conduce a cierto logro adicional; una idea de una clase diferente de las descripciones (mapas) utilizadas. El enfoque terapéutico en equipo hace posible alguna comprensión complementaria de las semejanzas

entre diversos mapas (esquema de leyes) y su relación con la conducta del terapeuta (esquema de la acción). La información es compartida, los distintos mapas del equipo se ajustan entre sí; las diferencias entre mapas de los distintos miembros del equipo pueden resultar más significativas que las semejanzas.

Las relaciones entre dos o más relevamientos de mapas, diseños de intervenciones y conductas del terapeuta, quedan desnudadas por la verbalización de los diversos esquemas de leyes, un componente necesario de la cooperación del equipo. Por lo tanto, un enfoque en equipo proporciona el escenario de campo ideal para explorar la naturaleza del trazado clínico de mapas. Este tipo de estudio conduce a una comprensión adicional de las soluciones terapéuticas. (Shazer, 1986)

3.1.5.5 Mapa de “extraño lazo”

Los extraños lazos es una herramienta para el trazado de mapas que el observador aplica a la situación observada, es un modo de organizar la información. Este mapa intenta clarificar el callejón sin salida y los efectos pragmáticos de un extraño lazo.

Esta técnica de el extraño lazo describe la situación del paciente debe ser ubicada en el contexto de la terapia. Dicho contexto incluye al terapeuta, al equipo detrás del espejo, además la descripción debe también incluir el significado atribuido a este contexto, puesto que el sistema del paciente pasa a ser un subsistema dentro del suprasistema terapéutico. (Shazer, 1986)

3.1.5.6 Imágenes especulares

Los criterios de un doble vínculo terapéutico son simplemente imágenes en espejo de un doble vínculo patógeno; lo semejante se cura con lo semejante. Las intervenciones terapéuticas pueden construirse sobre la misma descripción (mapa) empleada para graficar en un mapa las interacciones.

Los conceptos de doble vínculo, el problema es descrito en tanto se produce entre personas, sin referencia alguna a lo que podría estar ocurriendo dentro de ellas. El problema descrito se produce en un contexto que ayuda a definir el significado de la conducta y se propone un diseño de tratamiento (un modo de impulsar la solución) basado en los mismos criterios interaccionales y contextuales, según los interpreta el terapeuta. (Shazer, 1986)

3.1.5.7 La técnica de la bola de cristal

La técnica de la bola de cristal se emplea para proyectar al paciente a un futuro en el que tiene éxito, en él, el motivo de queja ha desaparecido. Esta técnica impulsa una conducta diferente, lo cual conduce a una solución. El paciente construye su propia solución, que puede entonces utilizarse como guía de la terapia.

La finalidad de la técnica es enseñar al paciente a desarrollar visiones como en una bola de cristal, prestar atención a su propia conducta y a la conducta de otros, y alentar la idea de que las cosas olvidadas pueden recordarse y las cosas recordadas, olvidarse. Se pueden demandar cuantas visiones resulten necesarias para entrar al paciente en la observación de su propia conducta y de la conducta de respuesta de otros. Las personas se evalúan a sí mismas y a sus realizaciones basándose en gran parte en el modo en que ellas ven que los otros las ven.

Una parte importante de la técnica de la bola de cristal se construye sobre la predicción de las reacciones que una diferencia producirá en otras personas involucradas en la vida del paciente. Las reacciones predichas ayudan al paciente a cambiar sus propias expectativas y de ese modo cambia sus conductas.

En el primer y segundo paso de la técnica, las visiones en la bola de cristal son empleadas para mirar al pasado y experimentar el recuerdo, el olvido y la observación de las reacciones de otras personas, y también para despertar la sensación de éxito.

En el tercer paso se orienta al paciente hacia el futuro. Al principio del paso del tiempo se describe algo detalladamente, y después se va haciendo cada vez más vago. En el cuarto se le pide al paciente que utilice otra visión en la bola de cristal, para recordar la manera en que fue solucionando el problema, sus reacciones a ese proceso y las reacciones de las otras personas involucradas.

Después se reorienta al paciente hacia el presente y se elige un tema de conversación que no tenga nada que ver con las visiones o el problema presentado. Cuando termina la sesión se debe esperar para saber lo que ha ocurrido.

El paciente informa haber puesto en práctica un proceso de resolución del problema diferente del imaginado en la cuarta bola de cristal. (Shazer, 1986)

Lo que debe importar es que una vez que el paciente tiene una visión de éxito (la vida después de que el motivo de la queja, haya desaparecido) puede hacer espontáneamente algo distinto, de modo que aquel cuadro del futuro (o algún otro futuro igualmente satisfactorio) pueda convertirse en realidad. Puesto que predecir el futuro con éxito es algo muy difícil tratándose de asuntos humanos, resulta con frecuencia preferible que el terapeuta y el cliente

construyan varios caminos alternativos en los que el paciente reconocerá la aparición de la solución del problema.

3.2 Enfoque Psicoanalítico

Otro enfoque es el Psicoanálisis, que trata y explica los factores emocionales más profundos durante el duelo y da un tratamiento con base en las necesidades tanto inconscientes como conscientes al paciente para la solución y aceptación de su pérdida. El psicoanálisis es el nombre de un procedimiento para la investigación de procesos mentales, de un método (fundado en la investigación) de curación de los trastornos neuróticos y la recopilación de los datos psicológicos así obtenidos, que se ha ido configurando gradualmente en una nueva disciplina científica. (Zolla, 1990)

La organización de la personalidad en psicoanálisis está integrada por tres sistemas principales: el ello, el yo y el superyo. En la persona sana esos tres sistemas forman una organización unificada y armónica. Al funcionar juntos y en cooperación, le permiten al individuo relacionarse de manera eficiente y satisfactoria con su ambiente. La finalidad de esas relaciones es la realización de las necesidades y deseos básicos. (Hall, 1990)

El aparato psíquico es una división hipotética de la mente en varios sistemas o instancias, constituidas por grupo de funciones, que pueden conceptualizarse como conjuntos de contenidos mentales (recuerdos, pensamientos, fantasías). Las tres instancias que lo componen, ello, yo y superyo, se cuentan dotadas de energía propia capaz de actuar de consumo, o de entrar en oposición, dando por resultado, en este último caso, al conflicto psíquico, cuya solución puede desembocar en la formación de síntomas o rasgos de carácter. (Díaz, 1998)

El ello no está gobernado por las leyes o la razón o de la lógica y no posee valores, ética o moralidad; solo lo impulsa obtener satisfacción para las necesidades instintivas, de acuerdo con el principio de placer. El ello conserva su carácter infantil toda la vida. Es exigente, impulsivo, irracional, asocial, egoísta y amante del placer. Es omnipotente porque posee el poder mágico de realizar sus deseos mediante la imaginación, la fantasía, las alucinaciones y los sueños. El ello es un mundo de realidad subjetiva.

La función del ello es encargarse de la descarga de cantidades de excitación (energía o tensión) que liberan al organismo mediante estímulos internos o externos. Esa función del ello cumple con el principio primordial o inicial de la vida, "el principio del placer".

La finalidad del principio del placer es librar a la persona de la tensión o reducir la cantidad de tensión a un nivel bajo y mantenerlo tan constante como sea posible. La tensión se experimenta como dolor o incomodidad, mientras que el alivio de la tensión se experimenta como placer o satisfacción. La finalidad del principio del placer consiste en evitar el dolor y encontrar el placer. El principio de placer es un caso especial de la tendencia universal de todo organismo vivo para mantener su equilibrio frente a los desórdenes internos o externos. La forma primitiva del ello, es un aparato reflejo que descarga por las vías motrices cualquier excitación sensorial que le llegue.

El ello es el depositario de la energía que pone en movimiento al aparato mental y contiene la expresión psíquica de las pulsiones, (recuerdos, fantasías y afectos) y es totalmente inconsciente.

Las pulsiones son procesos dinámicos originados en el propio organismo, consistentes en un impulso (carga energética), que hace tender al sujeto hacia un fin: suprimir el estado de tensión o excitación que se produce por su acumulación, a través de la búsqueda de la

descarga por mediación de un objeto del mundo externo, que permita la satisfacción de la necesidad emergente.

La pulsión es un concepto ubicado en el límite de lo somático y lo psíquico, incapaz de acceder directamente a la conciencia, encontrando su descarga a través de sus derivados o representantes. Pensamientos, deseos, fantasías, afectos, alteraciones corporales, movimientos, acciones y síntomas somáticos o psíquicos. (Díaz, 1998)

El proceso primario se desarrolla en el ello, este procura descargar la tensión estableciendo una "identidad de percepción", esto es que el ello considera la imagen anémica idéntica a la percepción misma. Las huellas anémicas (recuerdos) son cuando el sistema perceptual recibe excitaciones de los órganos sensoriales y forma un cuadro mental o representación del objeto que se presenta a los órganos de los sentidos. Para el ello el recuerdo de alimento es exactamente lo mismo que ingerir el alimento. El ello no puede distinguir un recuerdo subjetivo y una percepción objetiva del objeto real. La formación de la imagen de un objeto que reduce la tensión se le llama realización de deseos. (Hall, 1990)

El proceso primario se refiere a un tipo de pensamiento primitivo, regido por las leyes de la lógica arcaica, cuya meta es la realización de deseos. Trabaja básicamente sobre imágenes.

Se encuentra dominado por el desplazamiento y la simbolización, lo que permite el libre paso, y la descarga masiva, de la energía psíquica en fantasías totalmente libres, así como la substitución de una representación por otra. (Díaz, 1998)

Las transacciones entre la persona y el mundo (el ambiente) requieren el sistema psicológico, el yo. En la persona bien adaptada el yo es el diligente de la personalidad, que domina y gobierna al ello y al superyo y mantiene un comercio con el mundo exterior en

interés de la personalidad total y vastas necesidades. Cuando el yo cumple debidamente sus funciones, prevalecen la armonía y la adaptación. Cuando el yo declina o entrega demasiado poder al ello, o al superyo, o al mundo externo, se producen inadaptaciones y desarmonías. (Hall, 1990)

El yo, agencia más coherente u organizada que el ello, regula o se opone a las pulsiones, mediante diversos mecanismos defensivos y es el mediador entre aquellas radicadas en el ello, y las demandas del mundo externo para lo cual, debe cumplir las funciones de percibir las necesidades del individuo, las cualidades y actitudes del medio ambiente, evaluar e integrar estas percepciones para aliviar la tensión de las necesidades y deseos, a través de la desviación o disminución en la intensidad de las pulsiones o de modificaciones realistas de la situación externa para lo cual es necesaria la integridad de otras funciones, tales como: la percepción, memoria, inteligencia, anticipación, pensamiento, lenguaje, motricidad y tolerancia a la demora. El yo posee funciones concientes, entre las cuales, las más relevantes en cuanto a la comprensión psicodinámica de los síntomas, se encuentran los mecanismos de defensa. (Díaz, 1998)

El yo no está gobernado por el principio del placer, sino por el principio de la realidad. Realidad significa lo que existe. La finalidad del principio de realidad es demorar la descarga de energía hasta que haya sido descubierto o presentado el objeto real que satisfará tal necesidad.

Demorar la acción significa que el yo debe ser capaz de tolerar la tensión hasta que ésta pueda ser descargada por una forma apropiada de comportamiento. La institución del principio de la realidad no implica que el principio del placer sea rechazado, solo se suspende temporalmente en interés de la realidad. El principio de la realidad lleva al placer, aunque la persona tenga que soportar cierta incomodidad mientras busca la realidad.

El principio de realidad tiene a su servicio un proceso secundario, porque se desarrolla después y se superpone al proceso primario del ello. El proceso primario es donde es la satisfacción de las necesidades. En el proceso secundario será encontrar o producir el objeto, traerlo a la existencia.

El proceso secundario consiste en descubrir o producir la realidad mediante un plan de acción que se ha desarrollado por el pensamiento y la razón. (cognición). El proceso secundario cumple lo que el proceso primario es incapaz de hacer, separa el mundo subjetivo de la mente del mundo objetivo de la realidad física. El proceso secundario no comete el error del proceso primario de considerar la imagen de un objeto como si fuera el objeto mismo. (Hall, 1990)

El yo es una compleja organización de procesos psicológicos que actúa como intermediente entre el ello y el mundo externo. Además de los procesos que están al servicio de la realidad, existe otra función del yo que se parece al proceso primario del ello. Es una función que produce fantasías y ensueños, está libre de exigencias de la prueba de realidad y está subordinada al principio del placer.

Las fantasías producidas por el yo son reconocidas como tales, como imaginaciones juguetonas y placenteras, aunque nunca las confunde con la realidad, le proporcionan al yo como asuetos con respecto a otros asuntos más serios. El yo distingue entre la fantasía y la realidad. El yo es gran parte producto de una interacción con el ambiente, la dirección de su desarrollo está determinada por la herencia y guiada por los procesos naturales de crecimiento (maduración). Cada persona posee potencialidades innatas para pensar y razonar. La realización de tales potencialidades se cumple mediante la experiencia, el aprendizaje y la educación. (Hall, 1990)

La tercera institución fundamental de la personalidad, el superyo, es la rama moral judicial de la personalidad. Representa lo ideal más bien que lo real, y pugna por la perfección antes que por el placer o la realidad. Es el código moral de la persona. Se desarrolla desde el yo como una consecuencia de la asimilación por parte del niño, de las normas paternas respecto de lo que es bueno y virtuoso y lo que es malo y pecaminoso. El periodo relativamente largo durante el cual el niño depende de sus padres favorece la formación del superyo. (Hall, 1990)

El Superyo resulta de la internalización de las demandas de las normas morales de la sociedad en la que vive el sujeto. Se desarrolla gracias a la identificación con los padres y con otras personas significativas en la infancia. Designa funciones psíquicas que en su expresión manifiesta constituyen las actitudes y conciencia moral y el sentimiento de culpa. Abarca las funciones críticas o de oposición en contra de los deseos derivados de las pulsiones provenientes del ello, esta lucha da por resultado una tensión que se manifiesta en forma de sentimientos de culpa o remordimientos de conciencia.

Tiene funciones de protección y recompensa, que se establecen en la forma de ideales y valores (ideal del yo), modelo al que intenta ajustarse el sujeto y con el cual se compara, derivando de tal comparación un mayor o menor grado de autoestima, dependiendo de la distancia existente entre el ideal y el yo real, actual. Partes de superyo son concientes, mientras otras son inconcientes. (Díaz, 1998)

El Superyo está compuesto de dos subsistemas, el ideal del yo y la conciencia moral. El ideal del yo corresponde a los conceptos del niño acerca de lo que sus padres consideran moralmente bueno. Los padres le transmiten sus normas de virtud al recompensar al niño por su conducta si está de acuerdo con esas normas.

La conciencia moral, corresponde a los conceptos que el niño tiene de lo que sus padres consideran moralmente malo, y esos conceptos se establecen mediante experiencias de castigo. El ideal del yo y la conciencia moral son caras opuestas de la misma moneda moral. Para que el Superyo tenga control, es necesario que posea el poder de hacer cumplir sus reglas morales. El Superyo pone en vigencia sus recompensas y castigos.

Estas recompensas y castigos se otorgan al yo, porque el yo, a causa de su control sobre las acciones de la persona, es considerado responsable de los actos morales e inmorales. Si la acción está de acuerdo con las normas éticas del superyo, se recompensa al yo, sin embargo no es necesario que el yo permita que ocurra una acción física real para que sea recompensado o castigado por el Superyo.

Puede recompensarse o castigarse al yo sólo por pensar en hacer algo. Un pensamiento vale lo mismo que un hecho a los ojos del superyo, en esto, el superyo se parece al ello, que tampoco hace distinciones entre lo subjetivo y lo objetivo, lo cual explica por qué una persona que viva una vida virtuosa puede no obstante sufrir torturas de la conciencia moral. El Superyo castiga al yo por tener malos pensamientos aunque los pensamientos nunca traduzcan acciones. (Hall, 1990)

Las recompensas y castigos físicos empleados por el Superyo son sentimientos de orgullo, o de culpa o de inferioridad, respectivamente. El yo se llena de orgullo cuando se ha comportado de manera virtuosa o a tenido pensamiento virtuoso, y se siente avergonzado cuando ha caído en la tentación.

El orgullo equivale al amor propio, y la culpa o inferioridad al odio así mismo; ambos son la representación interna del amor y el rechazo paternos. El superyo es el representante, dentro de la personalidad, de los valores e ideales tradicionales de la sociedad, tal como se

trasmitem de padres a hijos. Al respecto debe recordarse que el Superyo del niño no es reflejo de la conducta de los padres, sino más bien de los superyos de los padres.

Otros agentes sociales participan en la formación del Superyo del niño. Los maestros, los ministros religiosos, los agentes de policía (por cierto cualquiera que posea alguna autoridad sobre el niño) pueden asumir la función de los padres. Las reacciones del niño ante estos representantes de la autoridad son determinadas en gran parte, sin embargo, lo que ha asimilado de sus padres en una etapa previa.

Los nombres ello, yo y superyo no significan en realidad nada en sí mismos. Son una manera abreviada de designar procesos funciones, mecanismos y dinámicas diferentes dentro de la personalidad total. El yo se forma a partir del ello y el superyo se forma a partir del yo. Continúan interactuando y fusionándose entre si durante toda la vida. (Hall, 1990)

3.2.1 Energía psíquica

La forma de energía que opera en los tres sistemas de personalidad se llama energía psíquica. Cumple una tarea psicológica, (pensar, percibir y recordar) de la misma manera que la energía mecánica lleva a cabo trabajos mecánicos.

La transformación de energía corporal en energía psíquica de la misma manera que de la transformación de la energía psíquica en energía mecánica.

Toda la energía utilizada para lleva a cabo las tareas de la personalidad se obtiene de los instintos. Se define un instinto como una condición innata que imparte instrucciones a los procesos psicológicos. Un instinto tiene una fuente, una finalidad, un objetivo y un ímpetu. Las fuentes principales de la energía instintiva son las necesidades o impulsos corporales. Una necesidad o un impulso es un proceso excitante en algún tejido u órgano del cuerpo que libera

energía acumulada en el mismo. La finalidad última de un instinto es la eliminación de una necesidad corporal y la finalidad de un instinto es eliminar la fuente del mismo.

Además de la finalidad última de reposo, existen finalidades subordinadas que tienen que ser satisfechas para que se puedan alcanzar las finalidades últimas. La meta final de un instinto es su finalidad interna y a las metas subordinadas del mismo sus finalidades externas.

Un instinto es conservador porque su meta es que la persona retorne al estado de reposo que existía antes de la perturbación ocasionada por el proceso excitador, y el curso de unos instintos va siempre desde un estado de tensión a un estado de relajación. Un instinto siempre trata de producir una regresión a un estado anterior, esta tendencia a repetir una y otra vez el ciclo desde la excitación al reposo se llama compulsión de repetición. El ímpetu de un instinto es su fuerza, que se determina por la cantidad de energía que posee. La sede de los instintos es el ello. Como los instintos constituyen la cantidad total de energía psíquica, se dice que el ello es el depósito original de la energía psíquica. (Hall, 1990)

El psicoanálisis reconoce a dos grandes grupo de instintos. Los que están al servicio de la vida y los que están al servicio de la muerte. El derivado de un instinto es una fuerza impulsora que tiene la misma fuente y la misma finalidad que el instinto del que deriva, pero difiere en los medios por los cuales alcanza su fin.

El derivado de un instinto es una catexia objetal substitutiva. Los instintos sexuales tienen sus fuentes en diversas zonas corporales o llamadas zonas erógenas. La boca, el ano, los órganos genitales, son las principales zonas erógenas. Los instintos sexuales surgen independientemente entre sí en la vida del individuo, pero en la pubertad (madurez sexual) se sintetizan al servicio de la reproducción.

La forma de energía utilizada por los instintos vitales se llama libido. Los instintos residen en el ello, pero se expresan en los procesos del yo y del Superyo. El yo es el agente principal de los instintos de la vida, sirve a los instintos vitales de dos maneras: para las necesidades básicas del cuerpo alcancen su satisfacción y los instintos de muerte que sirven para la supervivencia.

Lo hace aprendiendo transacciones realistas con las acciones. Como el yo es el agente de la vida, el superyo, al tratar de destruir al yo tiene la misma finalidad que el deseo original de muerte del ello. Por eso el superyo es el agente de los instintos de muerte. (Hall, 1990)

3.2.2 Distribución de la energía psíquica

El ello utiliza la energía para la gratificación instintiva mediante acciones reflejas y realizaciones de deseos; en la realización de deseo, la energía se usa para producir la imagen de un objeto instintivo. El propósito de ambos procesos es gastar la energía instintiva de modo que elimine la necesidad y proporcione reposo al individuo.

Invertir la energía en la imagen de un objeto o consumirla en una acción de descarga sobre un objeto, que satisfaga un instinto se llama elección de objetivo o catexia del objeto, toda la energía de ello se consume en catexia de objeto o catexia objetales. La energía empleada por el ello en elecciones objetales es muy fluida, la energía se puede desviar fácilmente de un objeto a otro y se le llama desplazamiento.

La energía del ello se puede desplazar en gran medida porque el ello no es capaz de hacer distinciones precisas entre los objetos. La tendencia del ello es la de tratar a los objetos como si fueran iguales, a pesar de sus diferencias, produciendo una deformación del pensar llamado

pensar predicativo. Cuando los procesos del yo o del superyo interceptan el flujo direccional de la energía instintiva, ésta trata de abrirse camino a través de las resistencias y descargarse en la fantasía o en la acción.

Cuando consigue hacerlo, socava los procesos racionales del yo. La persona comete errores al hablar, al escribir, al conversar, al percibir y al recordar, y sufre accidentes porque se confunde y pierde contacto con la realidad. Su capacidad para resolver problemas y descubrir la realidad disminuye a causa de la intromisión de los deseos impulsivos.

Cuando el ello no puede encontrar salidas directas para la energía instintiva, el yo o el superyo se hacen cargo de tal energía y la utilizan para vigorizar las operaciones de sus sistemas. (Hall, 1990)

El yo no tiene energía propia, no puede decirse que existe hasta que la energía se desplaza del ello hacia los procesos latentes que constituyen el yo. El punto de partida de esas potenciales latentes del yo se encuentra en un mecanismo llamado identificación. Para poder adaptarse adecuadamente, la persona debe ahora, poner en armonía esos dos mundos. Los estados mentales tienen que ser sincronizados con la realidad para que la persona se adapte correctamente.

El trabajo de convertir los contenidos mentales en réplicas fíles y precisas de los contenidos del mundo externo se lleva a cabo por el proceso secundario. Al ser identificadas con los objetos del mundo exterior, las representaciones subjetivas de estos objetos reciben las catexias que anteriormente el ello invertía en los objetos mismos, estas nuevas catexias se llaman catexias del yo, para distinguirlas de las elecciones objetales instintivas del ello.

Mediante la identificación, queda disponible la energía para el desarrollo del pensamiento realista (proceso secundario) que reemplaza la realización alucinatoria de deseos (proceso primario), esta redistribución de energía que pasa del ello al yo es dinámico y de gran importancia del desarrollo de la personalidad.

El propósito de esta síntesis es alcanzar armonía interna y transacciones fáciles con el ambiente. Cuando el yo cumple sabiamente su función sintética en ello, el yo y el superyo se funcionan en un todo unificado y bien organizado. (Hall, 1990)

El superyo posee el poder de recompensar y castigar. Lo primero lo lleva a cabo el ideal del yo, lo segundo la conciencia moral. Las prohibiciones de la conciencia moral son inhibiciones o contracatexias que bloquean la descarga de la energía instintiva ya sea directamente mediante el comportamiento impulsivo y la realización de deseos, o de manera indirecta por medio de mecanismos del yo, la conciencia moral se opone al ello y al yo, y trata de suspender el funcionamiento del principio del placer y del principio de realidad. Las contracatexias de la conciencia moral difieren de las del yo.

Las fuerzas de resistencia del yo tienen la finalidad de demorar la acción final para que el yo pueda desarrollar un plan satisfactorio de acción. El ideal del yo pugna por perfección, invierte su energía en catequizar ideales que son los representantes internalizados de los valores morales de los padres.

Estos ideales representan elecciones objetales perfeccionistas, una persona cuya energía está ligada en el ideal del yo será idealista y de pensamientos elevados. Al identificarse con las elecciones objetales éticas del ideal del yo, el yo experimenta sentimientos de orgullo. El orgullo es la recompensa que el ideal del yo otorga al yo por ser bueno.

El orgullo es una forma de mecanismo secundario. El yo se ama así mismo por hacer lo que es virtuoso. La energetización de un sistema de personalidad significa la desenergetización de los otros sistemas.

Una persona con un yo fuerte tendrán un ello y superyo débiles. La dinámica de la personalidad consiste en los cambios en la distribución de la energía a través de la personalidad. (Hall, 1990)

3.2.3 Catexias y contracatexias

Las fuerzas impulsoras son las catexias y las fuerzas controladoras las contracatexias. La contracatexia es vista como una frustración interna. La fuerza resistente frustra la descarga de tensión, y hay que distinguir este tipo de frustración de otro llamado frustración externa, en ésta no se puede llegar al objeto meta, por razones las cuales la persona no tiene dominio.

La frustración externa es un estado de privación o de pérdida, mientras que la frustración interna es un estado de inhibición interna, si las fuerzas impulsoras son más poderosas que las controladoras se llevará a cabo alguna clase de acción o se hará conciente una alguna idea.

Si las contracatexias superan en fuerza a las catexias, se reprimirá la acción o el pensamiento, aún cuando no haya presente catexia alguna, el proceso mental puede estar cargado tan débilmente que no se llegue a producir la conciencia o la acción.

Las huellas mnémicas que poseen poca energía al comienzo o que la han perdido en beneficio de otras huellas y han sido olvidadas, pueden ser reinstaladas en la memoria por repetición de la experiencia. No se puede recordar algo porque a la catexia de la huella

mnémica se le opone una resistencia o contracatexia. Tales recuerdos están reprimidos y no olvidados.

Un recuerdo reprimido puede ser recordado reduciendo la fuerza de las contracatexias o aumentando la fuerza de las catexias, cuanto es mayor el esfuerzo para tratar de irrumpir a través de la represión, mayor es la resistencia que se le opone, y las resistencias tienden a debilitarse durante el dormir de modo que podemos recordar en sueños algo que se reprime durante la vigilia.

Los recuerdos se reprimen porque el recuerdo es doloroso o se asocia con algo que es doloroso, las contracatexias tienen el fin de proteger a la persona de la incomodidad y la ansiedad. A veces una persona tiene conciencia de la oposición, mientras que en otras ocasiones todo lo que experimenta es un sentimiento de tensión, sin percatarse de la naturaleza de las fuerzas en pugna. A la oposición de una contracatexia a una catexia se llama conflicto interno o endopsíquico. (Hall, 1990)

Para la teoría psicoanalítica, la conciencia es un fenómeno subjetivo, es un estado de alerta a las percepciones tanto del mundo externo como del interior del cuerpo y de la mente (afectos y pensamientos). Estas percepciones ocupan temporalmente el campo conciente, se almacenan en la memoria en un estado preconciente y su acceso a la conciencia se logra a través de dirigir a ellas una cantidad de energía suplementaria llamada atención.

Debido al choque en contra de las demandas del superyo, debe evitarse el paso a la conciencia de ciertos afectos y pensamientos, el yo utiliza una energía que lo sepulta en el inconsciente llamada represión, y se visualiza como el reverso o negativo de la atención. Desde de punto de vista dinámico, el inconsciente está constituido por aquellos contenidos y

procesos mentales incapaces de lograr el acceso a la conciencia debido a la existencia de la represión.

3.2.4 Conciencia e inconsciente

El contenido del inconsciente está formado por las represiones pulsionales y los deseos inaceptables para las normas morales, éticas e intelectuales del individuo; contenidos organizados bajo una lógica distinta de la formal, en la que las huellas mnémicas (recuerdos) se organizan a través de formas primitivas de asociación (proceso primario).

En relación con él, el proceso secundario labora con conceptos, en el preconciente o en la conciencia. Es predominantemente lógico y utiliza cantidades mínimas de energía desligada, en gran medida de componentes afectivos por lo que puede funcionar introduciendo una demora considerable y una cierta evaluación de la realidad, condiciones necesarias del pensamiento lógico. (Díaz, 1998)

La teoría psicoanalítica conserva la conciencia y lo inconsciente como cualidades de los fenómenos mentales. El que un contenido mental sea consciente o no, depende de la magnitud de la energía invertida en él y de la intensidad de la fuerza de resistencia.

La diferencia entre las dos cualidades del inconsciente son el preconciente y el inconsciente. Una idea o recuerdo preconcientes son los que pueden hacerse conscientes muy fácilmente porque la resistencia es débil. Un pensamiento o recuerdos inconscientes son más difíciles de hacerse conscientes porque la fuerza que se les opone es poderosa. (Hall, 1990)

3.2.5 Angustia

La angustia es un concepto muy importante dentro de la teoría psicoanalítica. Desempeña un papel tanto en el desarrollo de la personalidad como en la dinámica de funcionamiento de la personalidad. La angustia es una experiencia emocional penosa producida por excitaciones de los órganos internos del cuerpo, estas excitaciones son provocadas por estímulos internos y externos, y están gobernadas por el sistema nervioso autónomo.

Angustia es sinónimo de miedo y el término real es angustia de miedo. Se distinguen tres tipos de angustia y son la angustia real u objetiva, angustia neurótica y angustia moral. Éstas no difieren entre sí de manera cualitativa, solo difieren de sus fuentes.

En la angustia real el origen del peligro está en el mundo externo. En la angustia neurótica la amenaza consistente es una elección objetal instintiva del ello. En la angustia moral la fuente de la amenaza es la conciencia del sistema superyoico; se teme que la conciencia moral castigue por hacer o pensar algo contrario a las normas del ideal del yo. Los tres tipos de angustia que experimenta el yo son el miedo al mundo externo, el miedo al ello y el miedo al superyo.

Esto no quiere decir que la persona que experimenta la angustia se dé cuenta de su fuente real. Un estado de angustia puede tener más de una fuente. Pueden fundirse la angustia neurótica y objetiva o la angustia moral con la objetiva, o la angustia neurótica con la moral, y también puede mezclarse las tres. La función de la angustia es solo actuar como una señal de peligro para el yo, de modo que cuando la señal aparece en la conciencia el yo puede tomar medidas para enfrentar el peligro.

Aunque la angustia es penosa y se desea que se termine, cumple una función muy necesaria al alertar a una persona ante la presencia de peligros internos y externos, si no se puede evitar el peligro, la angustia se acumula y abrumba a la persona, cuando esto ocurre se dice que la persona ha sufrido un colapso nervioso.

La angustia real es una experiencia emocional penosa que se produce al percibir un peligro en el mundo externo. Tanto la percepción del peligro como el surgimiento de la angustia son innatos (ya que se adquiere una tendencia a intimidarse en presencia de ciertos objetos y condiciones del ambiente), o puede ser adquirida durante la vida.

La angustia neurótica se percibe por un peligro proveniente de los instintos. Es el miedo a lo que pudiera ocurrir si las contracatexias del yo son incapaces de impedir que las catexias objetivas instintivas se descarguen en alguna acción impulsiva. La angustia neurótica es de dos tipos: aprensión flotante que se conecta rápidamente con cualquier circunstancia más o menos adecuada del ambiente, ésta caracteriza a la persona nerviosa que siempre espera que ocurra algo terrible; la angustia observable, es un miedo intenso e irracional al cual se le llama fobia y su característica es intensidad del miedo no guarda proporción alguna con la peligrosidad real del objeto que la persona teme.

En todos los casos el miedo es irracional, ya que la fuente principal es la angustia, se encuentra en el ello más que en el mundo externo. La fobia presenta una tentación de proporcionarse una satisfacción instintiva o se asocia de alguna manera con una elección objetual instintiva; y detrás de cada miedo neurótico hay un deseo primitivo del ello por el objeto que se teme. La persona desea lo que teme o desea algo asociado con el objeto temido o simbolizado por este.

La angustia moral aumenta las fobias cuando el objeto deseado pero temido trasgrede un ideal del Superyo. Se tiene miedo de la conciencia moral por abrigar tal deseo, una parte de la personalidad está en pugna con otra, el ello dice "deseo"; el superyo dice "¡que horrible!" y el yo dice "tengo miedo", es la explicación de muchos miedos intensos.

La angustia neurótica se observa en reacciones de pánico o cuasipánico, se manifiestan repentinamente, aparentemente sin ser provocadas. Estas reacciones son ejemplo de comportamiento de descarga cuya finalidad es liberar a la persona de la angustia neurótica excesivamente penosa, haciendo lo que el ello exige, a pesar de las prohibiciones del yo y del Superyo.

La ansiedad neurótica puede ser para el yo una carga más pesada que la angustia objetiva. La angustia neurótica no es posesión exclusiva de la gente neurótica, ya que la gente normal también experimenta angustia neurótica y ésta no domina su vida en el mismo grado en que lo hacen en la vida de los neuróticos; la diferencia entre un neurótico y una persona normal es solo de grado, y el límite entre los dos es muy impreciso.

La angustia moral son sentimientos de culpa o de vergüenza en el yo, es suscitada por la percepción de un peligro de la conciencia moral, como en el caso de la angustia neurótica la fuente de la angustia moral está en la estructura de la personalidad y al igual que la angustia neurótica, la persona no puede evitar los sentimientos de culpa tratando de huir de ellos, es un conflicto puramente intrapsíquico. (Hall, 1990)

3.3 Conflicto psíquico

El conflicto psíquico es el resultante de la posición de dos fuerzas psíquicas, de exigencias internas contrarias provenientes de requerimientos del ello, que resultan inaceptables para el yo, del superyo o de ambos. Bien de la incapacidad del yo para resolver el dilema planteado por la emergencia de deseos, metas, ideales o afectos contradictorios (unos de los cuales es utilizado como defensa en contra del otro).

El conflicto implica una ruptura del equilibrio psíquico cuya solución puede llevar al aparato psíquico a un grado más alto de integración, complejidad y diferenciación, a la estructuración de los diversos tipos de carácter o a la de síntomas. (Díaz, 1998)

3.3.1 Mecanismos de defensa

El conflicto psíquico existe entre el inconsciente (deseos sexuales agresivos) y la conciencia que los considera trasgresores respecto a los ideales "yo oficial", por lo tanto, en un conflicto entre conciencia e inconsciente para impedir el acceso a la conciencia de ciertos deseos trasgresores se activan los mecanismos de defensa.

Los mecanismos de defensa son formas de mantener apartado del conocimiento conciente pensamientos, deseos, o estados afectivos displacenteros. Los mecanismos de defensa son un sector dentro de las defensas; y las defensas pueden no estar dirigidas a un contenido mental restringido, sino en contra de la actividad global del psiquismo; porque pensar produce angustia, se genera estados de ofuscación, de desactivación del pensar, de adormecimiento, de desconexión cognitiva-afectiva.

Tales defensas buscan mantener el bienestar psicológico normal, aunque un funcionamiento alterado de las mismas puede conducir a la aparición de una psicopatología. Los mecanismos defensivos que describen a continuación son los siguientes:

Aislamiento

Aislar un pensamiento o conducta de su afecto, cortándole el nexo con los demás pensamientos o conductas. Por ejemplo una persona puede ser indiferente ante un acontecimiento emotivo.

Condensación

Diversos desplazamientos acaban fusionando varias asociaciones en una representación única; típica de los sueños, ejemplo en los sueños repetitivos.

Conversión

El conflicto psicológico se transforma en síntomas físicos, intentando resolverse, tales síntomas expresan representaciones reprimidas, por ejemplo, la gastritis.

Desplazamiento

El afecto ligado a una representación pasa a otra. Mecanismos típicos en los sueños.

Formación reactiva

Desarrolla una conducta manifiesta opuesta al impulso o tendencia instintiva original del ello. Se origina en las prohibiciones radicales del Superyo, por ejemplo la sobreprotección.

Introyección

El yo recibe opiniones, deseos, etc., ajenos y los adopta como propios. Se interioriza un objeto exterior. Se deriva del proceso de identificación, por ejemplo, los estereotipos.

Negación

El yo niega hechos evidentes o situaciones reales, cierra el paso a la percepción de cosas que no acepta, personas, situaciones u objetos, por ejemplo, la negación en el proceso del duelo.

Racionalización

El yo sustituye las motivaciones verdaderas originadas en el ello por intelectualizaciones, motivaciones, racionalmente laboradas que de esta forma pasan la censura del Superyo, por ejemplo, la aceptación en el proceso del duelo.

Regresión

Retorno a una fase de desarrollo anterior a consecuencia de frustraciones en la satisfacción de la libido, por ejemplo, el comportamiento infantil.

Represión

El mecanismo de defensa más elemental. Las pulsiones se ven expulsadas del campo de conciencia, quedando instaladas en el inconsciente.

Sublimación

Se aplica la energía del impulso instintivo renunciado a objetivos sociales y culturales, ejemplo en las ideas filosóficas y religiosas que dan alivio a la muerte.

Sustitución

Cuando la satisfacción de una necesidad en un objeto determinado se ve impedida por algún motivo, y se reemplaza en objeto original por otro, por ejemplo, el fumar.

3.4 Teoría psicoanalítica de la neurosis

La teoría y técnica del psicoanálisis se basan esencialmente en datos clínicos procedentes del estudio de las neurosis; estos datos clínicos relativos constituyen el material original más seguro para dicha teoría. Para comprender la teoría de la técnica psicoanalítica es necesario tener un conocimiento práctico que es la introducción al psicoanálisis.

El psicoanálisis afirma que la psiconeurosis se basa en el conflicto neurótico, ocasionando una obstrucción en la descarga de las pulsiones instintivas cuando hay un estado de represión. El yo se va haciendo menos capaz de manejar las tensiones en aumento y llega un momento en que es vencida por ellas; las descargas involuntarias son síntomas de la psiconeurosis, y la expresión "conflicto neurótico" se emplea en singular aunque siempre hay más de un conflicto importante.

Un conflicto neurótico es inconsciente entre un impulso del ello que busca su descarga y una defensa del yo impidiendo la descarga directa del impulso o de su acceso a la conciencia. A veces el material clínico puede revelar un conflicto entre dos exigencias instintivas. Por eso es todavía válido la formulación de que un conflicto neurótico es un conflicto entre el ello y el yo.

El mundo exterior desempeña un papel importante en la formación de neurosis, y el conflicto debe sentirse como un conflicto interno entre el yo y el ello para que se suscite un conflicto neurótico. El mundo moviliza tentaciones instintuales, por lo cual hay que evitar situaciones que presentan peligro de alguna suerte de castigo. Entonces se tendrá un conflicto neurótico si la tentación instintual o el peligro han de quedar fuera de la conciencia, y un conflicto con la realidad exterior se ha convertido en un conflicto entre el ello y el yo.

El Superyo tiene un papel más complicado en el conflicto neurótico, entra en el conflicto por el lado del yo o el del ello o por ambos, el superyo es la instancia que hace parecer prohibido el impulso instintivo al yo. El Superyo es el que hace al yo sentirse culpable aún de las descargas simbólicas y desfiguradas, haciéndolo sentir de forma consciente como dolorosas; también puede intervenir en el conflicto neurótico haciéndose regresivamente reinstitucionalizado de modo que los reproches que se hacen adquieren una cualidad parecida a la de una pulsión.

El yo empobrecido es incapaz de seguir con su labor defensiva y se ve invadido a tal grado que debe permitir alguna descarga instintiva y ésta también está desfigurada y disimulada; éstas se manifiestan clínicamente como los síntomas de la psiconeurosis. (Greenson, 2004)

3.4.1 Teoría de la técnica psicoanalítica

La terapia psicoanalítica es una terapia casual; contrarresta las causas de la neurosis, resuelve los conflictos neuróticos del paciente, incluso las neurosis infantiles que sirven de núcleo a las neurosis adultas. Resolver los conflictos neuróticos significa reunir con el yo conciente aquellas porciones del ello, el superyo y el yo inconsciente excluidas de los procesos de maduración del resto sano de la personalidad total. El procedimiento que usa el psicoanálisis es el de facilitar la comunicación con el paciente, y la asociación libre es el método fundamental para obtener información. Estos derivados aparecen en las asociaciones libres, los sueños, los síntomas, los lapsus y el *acting* out* del paciente. (Greenson, 2004)

3.4.1.1 Asociación libre

Parte de esta evaluación consiste en determinar si el paciente tiene en sus funciones yoicas la elasticidad de oscilar entre las funciones yoicas más regresivas que se necesitan en la asociación libre y las yoicas más avanzadas para poder entender las intervenciones analíticas, respondiendo a las preguntas directas y resumiendo la vida cotidiana al final. La asociación libre tiene prioridad sobre todos los otros medios de producir material en la situación analítica. (Greenson, 2004)

3.4.1.2 Las resistencias

* actuaciones

El que padece una neurosis llega al tratamiento psicoanalítico por el deseo consciente de un cambio, dentro de él hay fuerzas inconscientes que se oponen al cambio y defienden la neurosis y el *status quo*; y a estas fuerzas se las llama resistencias, éstas proceden de las mismas fuerzas defensivas del yo, que forman parte del conflicto neurótico. Durante el tratamiento el paciente repetirá tanto formas y variedades diferentes de las maniobras defensivas que empleó en su vida pasada. El análisis de las resistencias es una parte importante de la técnica psicoanalítica, éstas son una manifestación de la función defensiva y desfigurada del yo; la resistencia es lo primero que trata de analizar la técnica psicoanalítica. Solo puede ser efectivo el *insight* si el paciente puede tener y mantener un yo razonable, estas resistencias interfieren con el yo razonable y han de ser analizadas antes de que pueda hacerse ninguna otra buena labor analítica. (Greenson, 2004)

3.4.1.3 La transferencia

Los pacientes neuróticos son propensos a las reacciones trasferenciales. Es la transferencia una de las fuentes de material para el análisis y una de las más importantes motivaciones, pero también el mayor obstáculo para el éxito. La frustración instintual del neurótico tiende a buscar inconscientemente objetos hacia los cuales desplaza sus impulsos agresivos y libidinales, tiende a repetir su pasado en términos de relaciones humanas para obtener satisfacciones que no obtuvo o para dominar alguna ansiedad o sentimiento de culpa.

La transferencia es volver a vivir el pasado. La importancia principal de las reacciones trasferenciales en la teoría de la técnica se manejan debidamente y el paciente sentirá la situación del tratamiento y en relación con el psicoanalista todas las relaciones humanas importantes de su pasado que no son conscientemente accesibles a él. La situación psicoanalítica está estructurada de modo que se facilite el desarrollo máximo de las reacciones de transferencia. (Greenson, 2004)

3.4.1.4 Relaciones objetales en la terapia familiar

La teoría psicoanalítica conceptúa la interacción familiar en términos de relaciones objetales; la relación y la introyección así como la proyección, se refieren al objeto y su relación con éste. El concepto psicoanalítico de relaciones objetales en el sistema familiar se presentará en la nueva relación diádica con las mismas fuerzas y debilidades que la familia de origen. La transferencia es la razón por la que frecuentemente se dice que el psicoanálisis es para "una sola persona", pero esta afirmación tiene poca validez. (Sánchez, 2000)

La transferencia ocurre por la interacción de dos o más sujetos involucrados en la terapia, esto proporciona al psicoanálisis acceder al estudio del inconsciente, lo motivacional y lo transpersonal de la díada, como consecuencia el psicoanálisis permite entender interacciones sociales más complejas.

3.4.1.5 Objetivos de la terapia psicoanalítica familiar

El objetivo de ésta es liberar a los miembros de la familia de sus restricciones inconscientes para que puedan interactuar uno con el otro: personas sanas que con bases reales interactúan en lugar de vincularse con imágenes inconscientes del pasado. Las familias con crisis son tratadas con mucha comprensión y apoyo para que puedan aceptar esos procesos.

Una vez que la crisis está resuelta, el terapeuta compromete a la familia a continuar trabajando en un proceso de reconstrucción psicodinámica, con la intención de evitar nuevas recaídas. Cuando el objetivo del tratamiento es del desarrollo personal o el cambio profundo de estructuras, entonces las técnicas psicoanalíticas se aplican y se requieren de más tiempo.

En la terapia psicoanalítica familiar en lugar de retirar a los individuos de sus familias de origen, se trabaja sobre el convencimiento al paciente y su familia de ayudarse mutuamente a aprender a separarse uno del otro, de manera que cada uno sea independiente así como ligado mediante lazos afectivos con la familia.

Las características para el cambio de personalidad enfatizan el cambio profundo y el desarrollo del yo. En esta terapia los miembros de la familia expresan su yo aprendiendo que sus vidas fisiológicas son mayores que sus experiencias conscientes, comprendiendo y aceptando aspectos reprimidos de su personalidad.

Para hacer efectiva la interpretación en la terapia individual, ésta se eliminará al preconsciente, el cual siempre estará pendiente: la interpretación del inconsciente podría desencadenar ansiedad, tensión, angustia, etc., por lo que será mejor trabajar con la interacción y el comportamiento.

La transferencia es de gran importancia en la terapia familiar. Los pacientes individuales revelan sus inconscientes respecto de otras personas desplazándolas fuera de su relación terapéutica. La transferencia se utiliza como un modelo operativo para comprender el sistema emocional de la familia. Cuando los impulsos agresivos y libidinales son interpretados y reexperimentados se convierten en conscientes y la familia los integra a su vida, así como los que se pueden presentar posteriormente podrán ser controlados. (Sánchez, 2000)

3.5 Enfoque Gestalt

El enfoque Gestalt es uno de los más utilizados por los tanatólogos. La palabra *Gestalt*, de origen alemán tiene varios significados, como configuración, modelo, estructura, forma, totalidad, y también se utiliza como una necesidad a ser satisfecha.

Cuando se anexan las palabras abierta o cerrada a la *gestalt*, se refiere al estado original de la necesidad, antes o después resolverla respectivamente. El enfoque gestalt hace énfasis en la visión de que el individuo es un ser creativo en constante crecimiento y capaz de guiar conscientemente su comportamiento, desarrollando su máximo potencial en direcciones que logren finalmente su límite máximo como individuos únicos e irrepetibles y, encontrando por sí mismos las soluciones a sus problemas existenciales asumiendo la responsabilidad de manejar su propia vida.

El enfoque Gestalt nace con la finalidad de facilitar el crecimiento del potencial humano, enfatiza la observación no manipulativa de la conducta en el aquí y ahora y se centra en la importancia del proceso de la toma de conciencia de la persona, con un enfoque holístico de cómo está viviendo y creándose a sí misma, para comprender el proceso de crecimiento a través del auto descubrimiento de sus propias posibilidades, para satisfacer sus necesidades, tomando contacto consigo mismo y con los elementos del ambiente, identificado aquellos que le son tóxicos y que puede asimilar.

3.5.1 Conceptos teóricos

El enfoque Gestalt en sus conceptos teóricos muy particulares en procesos psicológicos, modelo de psicoterapia y aplicaciones terapéuticas, se describirán para la comprensión de esta teoría psicológica que aporta en su idea principal la *gestalten* o existencia total del individuo, sus relaciones y el ambiente con el que interactúa.

3.5.1.1 El Yo (Self)

El yo se define como la parte de la personalidad del sujeto que tiende al éxito. Tiene como atributos la conciencia (darse cuenta), y es portavoz del *Sí* o *Self*. El *Self* o *Sí mismo* es el portavoz en el ser humano y se denomina el yo, está al servicio de la salud y el éxito del proyecto biológico. El *Sí mismo*, tiene como vocero al Yo cuenta con sus funciones de observador, de ejecutor, el comentarista, el compartidor, el elector, el regulador, el analítico, el que diferencia, el que aprende, el que siente, el que admira, el que escucha, etc.*

El Yo necesita energía que la toma del *Pseudo yo* que es su polaridad, por esto la Psicoterapia Gestalt logra sus objetivos al facilitar experimentos vivenciales que incrementan la energía en el Yo, debilitando al Pseudo yo y por consecuencia a la neurosis.

El funcionamiento del yo representa la esencia, es una potencialidad que siempre está cambiando. La fuerza dinámica del yo tiene un compromiso total con el proceso en movimiento de la vida; se esfuerza por completarse, en crear, y terminar la gestalt o, satisfacer su necesidad apremiante.

El yo en forma activa, es el que enfrenta, se diferencia o se asemeja al ambiente, se caracteriza por su estructura, forma, decisión y separación; puede establecer el contacto funcional escogiendo sobre la base de las necesidades del organismo, aquello que formará parte de su experiencia y de lo que excluirá de ella.

Cuando el Yo no actúa adecuadamente es que predomina el Pseudo yo. Lo que está fuera de límite es percibido como opresivo y hostil. El contacto y la retirada no fluyen suavemente sino que ocurren dos cosas: que se mantenga el contacto o que se pierda. (Salama, 1992a)

* *Self* o *Sí mismo* es todo lo que una persona puede decir que ella misma es.

El Self es el sistema complejo de contactos necesarios para la adaptación del organismo, es visto como la frontera del organismo entendiéndose que no está aislado, sino por lo contrario, contacta al ambiente, es una identidad estática, dinámica. El potencial de actualización es el pasado, es lo que ya no cambia y no se puede cambiar, el presente es lo que va sucediendo infinitud de posibilidades que pueden ser reformadas en una nueva figura que surja del propio Self, es el que se identifica con alguna de las posibilidades y aleja a las otras y la dirección de este proceso es lo que continua en el momento inmediato.

Las propiedades del Self es que es espontáneo, es la base de la pasión y la acción y está enganchado con la situación, el énfasis no estará puesto en otra cosa que no sea la acción de interconectar el organismo con su ambiente. La espontaneidad es el sentimiento de estar actuando junto con lo que está sucediendo en el organismo-ambiente. (Salama, 1992a)

3.5.1.2 El Pseudo yo

El *Pseudo yo* es la parte de la personalidad ajena al buen funcionamiento de la misma que presenta resistencias al cambio, y es contrario a la salud, es un ser automático y no conciente. Para crear aprendizajes de conductas adecuadas al Yo, hay que liberar energía del Pseudo yo. Si el Yo se diferencia del Pseudo yo crece, si confluye, entonces se interrumpe, se paraliza y deja de crecer.

En este momento se establece que el Pseudo yo es un contenedor de experiencias y mensajes que vienen del mundo externo que rodea al individuo; por lo que debe usar energía

específica para asociar, sin conciencia, los datos percibidos para que se preserve en su medio.

El Pseudo yo tiene un umbral de reacción, mientras no se le estimule no actúa. El Pseudo yo iniciará un ataque contra el Yo, con el objeto de recuperar la energía que le fue quitada, y al mismo tiempo tratará de evitar su propia desaparición, entonces el Yo desarrolla sus defensas particulares traduciéndose en síntomas.

El funcionamiento del Pseudo yo se presenta cuando este predomina, entonces el yo se retrae del medio, no haciendo contacto para satisfacer las necesidades. La neurosis es ajena al control yoico y se caracteriza por tener mensajes en automático y transmitirlos al yo haciéndole creer que son reales y verdaderos.

Para la Gestalt el organismo es visto como un todo, por lo cual cada parte afectada inevitablemente afecta al organismo. El Pseudo yo disminuye su poder para aumentar el del Yo.

La Gestalt maneja la teoría económica del organismo: la energía es una sola, al disminuir una parte aumentará su polaridad, y es aquí donde intervienen las técnicas Gestálticas que favorecen el aumento de la conciencia para favorecer al Yo en deterioro del Superyo. (Salama, 1992a)

En Gestalt no se favorece la dependencia con el paciente, para que éste logre su auto-apoyo, se da al paciente un marco de seguridad y confianza a través del afecto, paciencia e interés. Las resistencias son aspectos valiosos que se desarrollan para enfrentar necesidades experimentadas como peligrosas al Yo.

Solo la terapia garantiza que se sobrevivirá al contacto con el dolor. La integración del Yo que se adquiere es estar en contacto con el ambiente y con el Yo y la relación entre ambos; la integración del organismo humano y el ambiente se dará bajo ajustes creativos que se llevan a cabo por la formación y destrucción de gestalten. En la interacción con otras partes del ambiente se conservan los límites propios y la relación que se establece es de Yo-Tu. El proceso del contacto entre el medio y el organismo conlleva a la asimilación y transforma la relación entre ambos.

Al identificarse las funciones vitales, para funcionar holísticamente se tiene que ser sincero y auténtico, (duros o desagradables en algunos momentos), se hace lo que se desea (no lo que se antoje) cuando se está centrado y conectado al medio. El recuento con el mundo interior, encuentra el apoyo en la seguridad, y no siempre todo marchará bien, pero se debe arriesgar a sabiendas que la solución será tan satisfactoria como lo permita la situación.

Por lo tanto ser individuos integrados implica que hay que mantener el contacto con el Yo mismo y aceptando lo que se es en el momento presente (lo que es y lo que no es). Al interactuar con otros son ellos mismos, y esto permite encontrarse con otros. Para resolver las necesidades dentro del ambiente, simplemente se pasa del apoyo ambiental al autoapoyo. El individuo se debe reconocer como parte del medio y con la realidad. Debe tener la capacidad de percibir, con todo el alcance de los sentidos, los fenómenos que se encuentran dentro y fuera del individuo tal como se van presentando. Una conducta congruente e integrada requiere de la paz que procede de fluir la historia al propio ritmo del individuo para poder ocupar de lo que sucede en el ahora. Vivir con la conciencia en el presente y comprender lo que significa el "ahora" con las reflexiones, planes y recuerdos que tienen su lugar en el ahora.

3.5.1.3 La Resistencia

La resistencia es un fenómeno resultante del continuum: estabilidad contra cambio. Partiendo de que todo movimiento crea una resistencia igual y de sentido contrario y la experiencia está influyendo continuamente, y debe existir una resistencia interna a ésta que se experimenta como una oposición a cambiar el modo en que siempre se ha comportado el individuo. No por esto se niega el gusto por el cambio y en la situación terapéutica tiene que ser facilitado dentro de un marco de seguridad y uno de los principios más importantes en el proceso terapéutico es aceptando las resistencias, aliándose con ellas para facilitar la asimilación, con el fin de favorecer la integración orgánica. (Salama, 1992a)

3.5.1.4 Darse cuenta

El darse cuenta se caracteriza por el contacto, el sentir, la excitación y la formación de un gestalt. El contacto es importante ya que éste puede existir sin el darse cuenta, pero el darse cuenta no puede existir sin contacto. El sentir determina la naturaleza del darse cuenta, porque informa sobre la cercanía o lejanía del objeto (el sentir de los sueños y del pensamiento). La excitación es un término que indica las propiedades del darse cuenta, no puede existir sin que haya excitación, ya sea física o emocional. La formación de un gestalt siempre acompañará al darse cuenta.

Cualquier gestalt incompleta representa "situación inconclusa" que requiere de atención porque interfiere con la formación de cualquier nueva y vital gestalt. Darse cuenta es el sentir espontáneo que aflora en la persona, en lo que está haciendo, sintiendo o planeando: introspección al contrario, es dirigir deliberadamente la atención a cualquiera de estas actividades de manera evaluadora, correctora, controladora o como interferencia, por el simple hecho de ponerles atención, se modifica o se previene su aparición en el darse cuenta. Si el paciente aprende las técnicas del darse cuenta para dar seguimiento o para mantenerse en

contacto con una situación cambiante, con el fin de su excitación, interés y crecimiento continué, no es más ya neurótico, no importando que sus problemas sean internos o externos.

Cuando una necesidad es satisfecha, la gestalt organizada se complementa o cierra y no ejerce más influencia; el organismo queda libre para formar nuevas gestalten. Con el darse cuenta el organismo puede movilizar su agresividad de tal forma que los estímulos del ambiente pueden contactarse, este proceso de contacto-asimilación está dirigido por fuerzas naturales biológicas de agresión. Pero cuando la toma de conciencia no tiene lugar, cuando la figura y el fondo no conforman una gestalt clara o cuando los impulsos no pueden ser espereados aparece la sicopatología

3.5.1.5 Figura

Cuando la persona se da cuenta realmente, la figura que se forma es clara, de percepción vivida y ésta puede manifestarse en una imagen o en un insight. El proceso de formación figura-fondo es dinámico y se presenta cuando las necesidades, urgencias y recursos se encuentran en el campo progresivamente, otorgan sus poderes de interés, brillantes o fuerza a la figura dominante, este concepto de figura-fondo viene a remplazar el concepto psicoanalítico del inconsciente. (Salama, 1992a)

3.5.1.6 Asuntos inconclusos

Se denomina así a cualquier situación intelectual, emocional, circunstancial o conductal que implique que un asunto determinado no se resolvió. Todas las personas tienen asuntos pendientes, algunos son inocuos y otros son importantes, sin embargo y por la necesidad que presentan de manifestarse pueden optar por surgir en los sueños o en las fantasías recurrentes o simplemente se manifiestan como síntomas o síndrome.

Desde la psicología se pueden presentar necesidades de afecto, de compañía o puede ocurrir que se tengan asuntos pendientes respecto a figuras significativas. Esto se observa en la manifestación de una conducta determinada como cuando se presenta una persona aislada, nostálgica, depresiva o que no termina lo que inicia debido a mensajes introyectados del tipo "No merezco".

Todo síntoma representa un grito del Yo que implica un asunto inconcluso que se necesita cerrar y se vale de la expresión verbal o no verbal para buscar la resolución del mismo. Al resolver el problema desaparece el síntoma y aparece una paz interior muy agradable.

Cuando se habla del cierre del asunto inconcluso se ha logrado un estado de armonía que conlleva a estar satisfecho y se llega a un nuevo equilibrio que servirá de punto de partida para una nueva gestalt. Cuando un paciente se va abierto (no cerro su gestalt) se corre el riesgo de que cometa alguna acción impulsiva que lo perjudique más y a esto el psicoanálisis lo llama *acting out*. *

3.5.1.7 Contacto

La palabra contacto (con objetos, personas, ambiente) abarca por igual lo sensorial aunado a una conducta motora. El concepto más importante es el llamado límite o frontera de contacto, el cual enmarca lo que ocurre, dentro de éste se llevará a cabo la interacción entre el individuo y su ambiente; según la teoría gestaltica siempre se está en contacto.

Se entra en contacto a través de tres zonas; la zona externa (de la piel hacia fuera) la zona interna (de la piel hacia adentro) y la zona de la fantasía (pensamientos, conceptos, sueños, imágenes, etc.). La razón por la que siempre el individuo está en contacto, es que no existe

* actuaciones

una división entre organismo y ambiente, sino al contrario son inseparables y por esto se les llama campo o también organismo más ambiente.

La frontera o límite no se refiere a algo que "separa" al organismo del ambiente sino que "limita al organismo y su ambiente, lo contiene, lo protege y al mismo tiempo lo toca. Al tratar el individuo de satisfacer sus necesidades o adquirir los objetos por medio de los que logra satisfacción, el individuo contactará a su ambiente. Cuando amenaza algo la vida o parte de ella o está en juego la integridad personal, el individuo al contactar eso que no le gusta o no necesita se retrae por medio de la aniquilación mágica o "escotoma", rechazando mágicamente lo que le molesta.

No es necesario concluir que todo contacto es sano, ni que todo retraerse es enfermo, cada uno tiene su tiempo y su lugar según el individuo y su contexto. El contactarse y retraerse, de esta aceptación y rechazo son funciones de la personalidad integral y son ambas, aspectos diferentes de la misma situación (capacidad de discriminar).

Al hablar de contacto existe una característica que es inherente al proceso, llamada novedad de lo que se contacta, solo se contactará aquello que sea nuevo para el organismo, para que sea asimilado por éste, para continuar creciendo (darse cuenta de una conducta hacia lo nuevo y asimilarlo) el contacto resultará en asimilación y crecimiento por medio de la formación de una figura de interés contra un fondo o contexto del campo organismo más ambiente. (Salama, 1992a)

3.5.2 Ciclo de la Experiencia Gestalt

Este ciclo psicofisiológico se lleva de forma continua en toda persona relacionada con la satisfacción de necesidades, también es llamado también Ciclo de Autorregulación

Organísmica. En terapia gestalt es importante detectar los bloqueos que se presenten en este ciclo y es notorio que conforme la terapia progresa la persona fluye más fácil y confortablemente, experimentando y utilizando su energía para que le permita un funcionamiento total sin interrupciones, actuando de tal manera que no desperdicie su energía para integrar de forma creativa sentimientos conflictivos en el mismo en lugar de presionar a su propio organismo o polarizar su conducta.

El ciclo de la experiencia expresa en forma clara en qué momento del proceso y cómo se presentan las interrupciones, siendo un proceso dirigido a lograr el objetivo final de la necesidad de ese momento; que el proceso que lleva al contacto que implica la vivencia y resolución total de algún asunto inconcluso.

El terapeuta gestáltico construye puentes entre la o las interrupciones que el paciente pueda presentar en este ciclo. El ciclo de experiencia se divide en las siguientes interrupciones:

Reposo o retraimiento

El individuo ha resuelto una gestalt o necesidad anterior y está ya sin ninguna necesidad apremiante, su conducta está en total relajamiento o total concentración. El extremo patológico está representado por el autismo.

Sensación

La persona es distraída de su estado de reposo, al sentir físicamente (algo), no logrando definir o diferenciar.

Darse cuenta

El individuo se "da cuenta", por lo que se hace conciente o entiende que es ese algo; en esta fase el individuo concentra o comprende a qué se debe la sensación que tiene a ese algo en ese momento.

Energetización o movilización de la energía

La persona moviliza energía, reuniendo la fuerza o la concentración necesaria para llevar a cabo lo que su necesidad lo demanda.

Acción

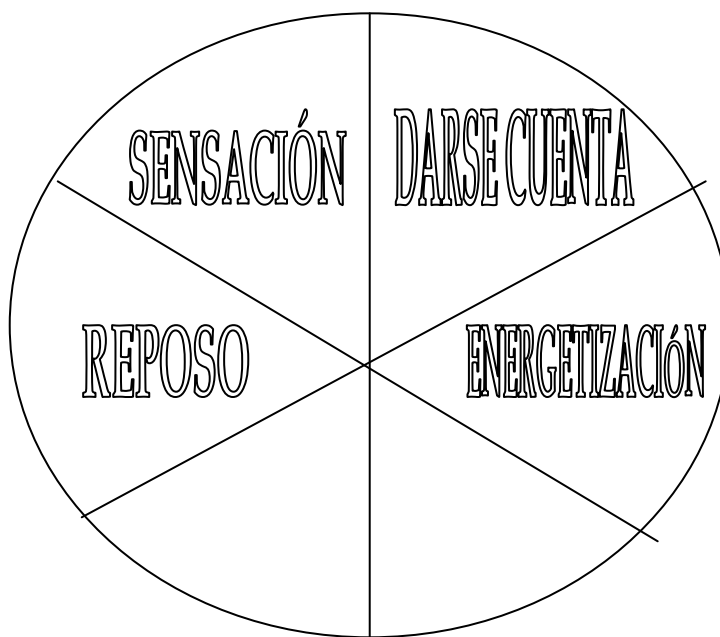
La praxis es importante, el individuo moviliza su cuerpo y hace lo necesario para satisfacer su necesidad.

Contacto

Es la culminación del proceso, la persona encuentra satisfacción y disfruta haber alcanzado lo que se proponía, esta etapa termina cuando el individuo experimenta que ya está satisfecho y se siente bien, y que puede comenzar otro ciclo y despedirse de éste. (Salama, 1992a)

Figura 3.1

Ciclo de la Experiencia Gestalt (Salama, 1992a, p. 29)



CONTACTO ACCIÓN

3.5.2.1 Interrupciones en el ciclo de la Experiencia Gestalt

Una vez vistas las etapas por las que atraviesa una necesidad para ser satisfecha, es necesario aclarar que puede haber interrupciones entre las etapas. Cuando una persona se bloquea en la frontera entre sensación y darse cuenta, puede que experimente alguna de sus sensaciones y no entender qué significan las señales de su cuerpo que le son extrañas y tal vez las sienta como amenazantes.

En las interrupciones se debe dedicar el tiempo necesario en poner atención en las sensaciones que tiene el paciente y su descripción, para que vaya aprendiendo a diferenciar y compartir lo que siente hasta que lo pueda definir.

Interrupción entre reposo y sensación

El caso crónico de esta interrupción se presenta en trastornos profundos de conducta, como autismo o esquizofrenia; la persona se encuentra en un estado disociado, lo saludable es que sea en estado transitorio, que el organismo necesita descansar.

Interrupción entre sensación y darse cuenta

Facilitar el darse cuenta en una persona en interrupción, será un proceso lento; el terapeuta debe encontrar aquella parte por muy pequeña o significativa que parezca, con el mínimo contacto entre el individuo y su medio.

Interrupción entre darse cuenta y energetización

La energía está bloqueada por miedo a una gran excitación o emoción; el bloqueo fisiológico se observa con frecuencia con la respiración. La facilitación consiste en enfocar o encontrar nivel corporal donde está la energía interrumpida y estimular su movilización.

Interrupción entre energitación y acción

El individuo se encuentra acelerado aunque no puede actuar desacuerdo a sus impulsos, no puede encausar la energía para lograr lo que quiere. La meta y tarea del terapeuta es la de facilitar al paciente la expresión de la energía que siente dentro de él.

Interrupción entre acción y contacto

Ésta resulta de una sensación interna de no ser real, continuamente la persona tiene la sensación de estar sin contacto con el ambiente y experimentando a veces superficialidad o vacío en su vida interior. Aquí, el objetivo principal es que el paciente localice su energía interna centrando su atención en ella para que aprenda a actuar y contactar el momento adecuado con el satisfactor para obtener gozo y disfrute.

Interrupción entre contacto y reposo

Este tipo de conflictos se debe a disturbios en el ritmo, la interrupción en esta etapa es el no saber cuándo descansar y por esto el paciente se mantiene en continuo movimiento hasta que el cansancio lo rinde. La terapia básicamente se enfocará para que aprenda a quedarse con sus sentimientos y dejarlos ir hasta lograr el encuentro con su propio ritmo. (Salama, 1992a)

3.5.2.2 Extracto fóbico

Es la a existencia obstruida, sentimientos en torbellino, pánico, la sensación de estar perdido. En este se encuentran los roles de opresor (*top dog*), oprimido (*under dog*), de implosión o explosión, también se encuentra la resistencia a ser como se es.

La implosión o *impasse* son sentimientos contraídos, temor a la nada y a la muerte; dentro de la terapia se trata de atravesar este estrato implosivo para llegar al Sí mismo auténtico. Es la situación en la que el apoyo exterior no se está obteniendo y la persona cree que no se puede apoyar a sí misma, y esto se debe a que su propia fuerza está dividida entre el impulso y la resistencia; y el método utilizado con más frecuencia es la de manipular neuróticamente a los demás.

Una persona que conoce su propia regulación orgánica y se apoya en ésta es una persona sana, intercambia su energía con el ambiente pero su soporte básico viene de sí mismo; pero si es neurótico, el individuo no sabe que el apoyo extremo es un reemplazo eventual y lo toma como un nutriente indispensable para sí mismo.

La explosión es la resolución de fuerzas de la misma magnitud o descarga de un sentimiento espontáneo. Hay cuatro tipos de explosión; los estallidos de ira, alegría, aflicción y el orgasmo.

El *top dog* (perro arriba) se caracteriza por ser directos, controla, abruma, sermonea, intimida, amenaza, sabe todo e impone sus propias reglas a los demás y así mismo (emplea palabras). El *under dog* (perro abajo) trata de controlar indirectamente mediante la pasividad: sabotea, olvida, llega tarde y no puede evitarlo, se esfuerza mucho y fracasa, aplaza todo, se confunde y no se compromete. Los papeles de persona inferior y persona superior se juzgan para obtener un control, el objeto es la manipulación de sí mismo y los demás. Cualquiera que sea la forma el resultado es el mismo: nadie obtiene nada auténtico, toda comunicación se

obstruye y lo único que queda es la lucha por el control, de manera superficial el *top dog* parece ser más vigoroso, en la realidad domina el *under dog*. (Salama, 1992a)

3.5.3 Neurosis

La Gestalt concibe al hombre siempre como parte de un contexto; existen dos componentes, el individuo como el contexto, está en constante interacción dentro del marco de un campo el cual está en continuo cambio. Lo que concierne al terapeuta en este campo es el continuo cambio, cuando el individuo es incapaz de alterar sus técnicas de manipulación y de interacción, surge la neurosis.

La vivencia neurótica es autorreguladora, la estructura del contacto neurótico se caracteriza por un exceso de cautela, atención fija y los músculos están siempre dispuestos a una reacción particular, la neurosis es "una maniobra defensiva para protegerse a si mismo de la amenaza de ser aplastado por un mundo opresor". (Salama, 1992b)

Las conductas neuróticas son ajustes creativos a un campo en el que existe represiones, esta creatividad operará espontáneamente en cualquier presente; el terapeuta no debe poner trampas al paciente en el camino con tal de que se revele el mecanismo, la tarea del terapeuta es simplemente proponer un problema que el paciente no esté resolviendo en forma adecuada y donde se sienta a disgusto con su fracaso; así, esta necesidad del paciente destruirá los obstáculos con la apropiada facilitación y creará hábitos más convenientes, como lo hace en cualquier otro aprendizaje. (Salama, 1992b)

Se denomina neurosis al conjunto de ideas, pensamientos y conductas que son distónicas al Yo, éste no las desea, aunque tal vez viva con ellas, a menos de que haya un conocimiento y acciones adecuados que tiendan a suprimirlas como ocurre con un proceso terapéutico.

La neurosis presenta algunas características se que deben conocer para la mejor comprensión de la conducta e instrumentar las técnicas más adecuadas con el objeto de combatirla eficazmente, éstas son:

- Un patrón repetitivo de conducta inadecuado o inapropiado para la salud (cristalización de la figura), el bloqueo como forma de relacionarse con el medio y manipularlo para que se satisfagan las necesidades neuróticas. Presentar una fijación en recuerdos pasados o tener fantasías catastróficas en el porvenir.
- Los mensajes introyectados por personas significativas desde los tempranos años de la vida y que son distonicos al Yo, además una necesidad de intentar cumplir con las expectativas de los demás. La maximización y preservación de ganancias secundarias para conservar el equilibrio neurótico (evitar el abandono). La racionalización, intelectualización y justificación de las conductas inapropiadas que le producen malestar.
- La complicidad del sistema social al que la persona pertenece, favoreciendo la permanencia del patrón repetitivo de su conducta por lo que confluje para no ser rechazado ni enfrentar su soledad en el mundo. La resistencia al cambio para evitar el desequilibrio del sistema intra e inter personal, es la ley de menor esfuerzo se hace aquí evidente. La minimización del problema emergente es el resultante de la resistencia al cambio. La existencia de emociones displacenteras como culpas, angustias, resentimientos, envidias y temores. El deseo de no "tocar el tema", de evitarlo, racionalizarlo o negarlo. La presentación de carga afectiva alta, y esta se apoya en emociones negativas para manipular al Yo.

Por lo tanto, en psicoterapia gestalt se habla de trastornos del contacto o del apoyo al permitir que persista la incapacidad del paciente para dejar que se disuelvan las figuras después de que han dejado de ser pertinentes. La neurosis por lo tanto, es igual a la ausencia

o disminución del libre funcionamiento de la energía y es debido a que disminuye la sensación de cómo el individuo se percibe corporalmente, que el individuo no reconozca sus necesidades o las confunde.

También una gran parte de lo que el individuo hace, carece de significado para él, y cuando le parece saber lo que quiere decir o hacer, tiene dificultad para expresarlo. Se presentan disfunciones en el contacto, la diferenciación, la asimilación y en la satisfacción de la necesidad. Cuando las personas deciden asistir a terapia es porque no están pudiendo resolver el desafío actual que se les está presentando. (Salama, 1992b)

3.5.3.1 Mecanismos de defensa

El sujeto encausa su energía de modo que entabla un contacto si sus esfuerzos no rinden el fruto deseado, se queda con una larga lista de molestos sentimientos: ira, confusión, fastidio, resentimiento, impotencia, decepción, etc., entonces debe desviar su energía hacia un determinado número de posibilidades que reducen la probabilidad de una interacción plena con el ambiente.

La introyección invierte la energía en incorporar pasivamente lo que el medio le proporciona. El sujeto se mantiene en una actitud poco discriminativa porque el medio es totalmente benigno. Ocurre la introyección cuando las normas a respetar concuerdan con el sistema de valores del individuo.

Mientras el sujeto permanezca en esta etapa, si el medio actúa en desacuerdo con sus necesidades, debe dedicar su energía a conformarse con tomar las cosas como vienen. La introyección es el mecanismo neurótico mediante el cual se incorporan dentro del individuo patrones, actitudes, modos de actuar y de pensar que no son verdaderamente del sujeto.

La proyección hace que el individuo que no puede aceptar sus propios actos o sentimientos porque "no debería" actuar o sentir así; el "no debería" proviene de algún introyecto; para resolver este dilema el sujeto no reconoce su culpa y la imputa a cualquiera, menos así mismo, en cambio posee una aguda conciencia de las características que el niega como suyas en los demás.

Cuando las proyecciones se han consolidado en autoapoyo paranoide, las dificultades aumentan; en este extremo, el sujeto no solo siente que nadie esta a su favor, sino que todo mundo esta en su contra y se opone fuertemente a resumir sus propias características.

La proyección no rehuye invariablemente al contacto, la capacidad de proyectar es una reacción natural del hombre, es poder extrapolar lo que el sujeto sabe o intuye acerca de él mismo.

La confluencia es cuando el individuo limite entre el mismo y el ambiente que lo rodea, cuando se siente uno con él, esta en confluencia con el ambiente. Las partes y el todo se hacen indistinguibles entre si.

La confluencia es la ilusión que persiguen quienes prefieren limar diferencias a fin de calmar la experiencia desquiciadora de la novedad y la alteridad. Se trata de una medida paliativa por la que el sujeto se compromete mediante un convenio superficial.

La desensibilización es una huida psicológica, frente a una situación que no se puede dar un cierre adecuado, no se puede abrir facultades de orientación y se borra el contacto mediante una retroflexión motora sea dormir, entrar en shock, inconciencia, desconectando al individuo del problema.

La retroflexión consiste en hacerse a sí mismos en términos agresivos lo que le gustaría hacerles a otros. Como esta autointerrupción, el paciente descarga su energía sobre sí mismo, provocándose somatizaciones lo que le impide utilizar energía libre para satisfacer su necesidad.

La fijación consiste en recordar una experiencia que se queda rondando y molesta en el pensamiento, lo que implica que hay situaciones truncadas y se sigue en ellas. El elemento que preserva la fijación es la negación, se esconde la sensación de vacío existencial que puede llevar a la depresión por resentimientos o culpas.

La deflexión implica evitar el contacto una vez iniciada la acción tendiente a cerrar la gestalt. La deflexión es una maniobra tendiente a soslayar el contacto directo con otra persona, es un medio de enfrentar el contacto real. Las deflexiones en general tienden a la acción dirigida hacia su objetivo, pierde fuerza y efectividad. El conflicto comienza cuando el sujeto se acostumbra a la deflexión o la utiliza con escaso discernimiento; aunque este tipo de mecanismo es limitativo, puede resultar útil. (Salama, 1992b)

3.5.4 El diagnóstico

En psicoterapia Gestalt se evita poner en el paciente etiquetas fijas de diagnóstico dado que éste siempre está en el proceso y no en la persona, por lo que resaltan los patrones de conducta que repite. El terapeuta evalúa el grado de progreso que el paciente hace en el desarrollo de su conciencia y en qué punto iniciará la experimentación, se debe hacer hincapié en lo que el paciente es capaz de hacer, en lo que no puede hacer y en los pasos intermedios.

La neurosis es resoluble siempre y cuando la persona que asista a sesiones de terapia colabore consigo misma en la determinación de adquirir una mejor calidad de vida, es importante que al iniciar el proceso terapéutico tenga conciencia de enfermedad y un Yo que está con suficiente energía para tolerar cambios a su patrón de conducta.

Mientras que el Pseudo yo obliga a que se separe la conciencia de las necesidades presentes, la terapia se emplea para redirigir la atención y energía otra vez a los conflictos internos, pero esta vez el paciente lo hace voluntariamente y con el objetivo específico de buscar el cambio hacia la armonía.

El logro del funcionamiento integrado del Yo consiste en aumentar el contacto con las circunstancias actuales, hacer frente a los temores y a la angustia, ocuparse de ellas y tolerar la relación con los sentimientos desagradables. Al principio existe la posibilidad de que el terapeuta se vuelva un Yo auxiliar o un alter ego para el paciente y se le dará apoyo hasta que logre el suyo propio. Tanto el terapeuta como el paciente comparten responsabilidad y el crecimiento, respetando la creencia y decisión del paciente de llegar hasta donde él quiera o pueda en su proceso terapéutico.

El diagnóstico se considera importante sólo para el reconocimiento de posibles condiciones orgánicas (neurológicas o fisiológicas). Debe haber una visión de manera integral, a través de la sensibilidad clínica a las peculiaridades, idiosincrasia o inconsistencias de expresión, pensamientos, sentimientos y conductas, con base en los conocimientos de los trastornos de personalidad o sicopatología, la experiencia e intuición clínica que pudieran conducir a la sospecha de una implicación orgánica y a referir al paciente a los exámenes médicos, psicológicos, de psiquiatría y neurológicos pertinentes si fuera necesario. (Salama, 1992b)

3.5.5 Elementos del Proceso Terapéutico

El proceso terapéutico es un intercambio comunicacional, refiriéndose a toda expresión verbal y no verbal entre una persona que presenta algún tipo de asunto pendiente o problema al cual se le denomina paciente. El terapeuta es el experto en técnicas vivenciales durante un tiempo determinado y él acompaña al paciente con interés, paciencia y afecto, siguiendo una metodología específica con técnicas adecuadas que aplicará en el momento preciso con el objeto de que el paciente aumente su *darse cuenta* y disminuya a través de ejercicios vivenciales sus creencias, que son la causa de su neurosis.

El proceso es todo aquello que sucede dentro del conjunto de sesiones que se necesitan, para que un paciente haga cambios convenientes a su Yo y a su entorno.

Para que este proceso ocurra se requiere que existan diversos elementos: la aceptación por parte del paciente de que algo anda mal en él y desea cambiarlo, puede ser a nivel de ideas, emociones o actitudes. La necesidad de que un experto le facilite el cambio hacia el bienestar como la aceptación del encuentro inicial con el experto y que haya confianza por parte del paciente y del terapeuta y contacto, respeto y disponibilidad para efectuar ejercicios vivenciales. (Salama, 1992b)

3.6. La entrevista inicial

La entrevista inicial con un paciente consiste en hacerle una serie de preguntas sobre su padecimiento actual y éstas preguntan sondean:

- Si el paciente se siente o no a gusto para iniciar una relación terapéutica, es conveniente que haya entre el paciente y el terapeuta una actitud de cooperación honesta, confiable y respetuosa, además de una sensación de agrado, si esto no es así

se remite al paciente con otro terapeuta no sin antes haber intentado descubrir el origen del malestar.

- Saber cuál es la necesidad del paciente al pedir una consulta de terapia y el terapeuta debe darse cuenta si puede trabajar con el futuro paciente de acuerdo a la historia que presenta y a sus expectativas.
- El terapeuta debe saber cómo el futuro paciente desea afrontar su destino actual.
- El terapeuta debe ponerse de acuerdo con el paciente sobre horarios y hacer un contrato verbal sobre la frecuencia de las sesiones y del tiempo estimado en la forma aproximada además de un contrato ético de confidencialidad. (Salama, 1992a)

3.6.1 La entrevista psicológica

En la entrevista de primera vez en Terapia Gestalt, no es necesario obtener datos o información previa al encuentro con el paciente. Si las fuentes que lo refieren brindan tales datos, se deben aceptar pero sin intentar armarlos en una imagen o modelo conceptual del paciente ni llegar a un diagnóstico tentativo.

Obtener datos o información previa al encuentro con el paciente podría perjudicar o predisponer la naturaleza del primer contacto con el mismo y quizá conducir a la restricción de las percepciones que se tengan del paciente y el ajuste de su persona dentro de una forma preconcebida.

La entrevista se estructura para que no sea estructurada, es decir que el uso de las preguntas o comentarios abiertos permite que el paciente se presente a sí mismo o se proyecte a su propia manera y a su ritmo en toda su individualidad.

Los elementos históricos que sean significativos para la terapia saldrán en el momento y el tiempo apropiados. Las relaciones, configuraciones y secuencias de causa-efecto (aprendizaje) se manifiestan y conducen a la percepción del paciente como una persona única.

El interés se centra en las actitudes, los sentimientos, las emociones, la fenomenológica y su congruencia con las conductas específicas, así como en la figura y bloqueos dentro del *Ciclo de la Experiencia Gestalt*.

3.6.2 La historia clínica

Independientemente de la forma en que se lleve a cabo la elección por parte del terapeuta, de determinadas preguntas y niveles de indagación, la historia clínica proporciona las dimensiones del posible manejo terapéutico y un bosquejo de las posibilidades de la tarea de evaluación.

El bosquejo de la historia clínica tiene que ser lo suficientemente amplio como para proporcionar una imagen general del paciente, por lo menos a través de una muestra de información para cada uno de los niveles, y lo suficientemente dirigido como para permitir una exploración detallada de los niveles y preguntas que en especial sean pertinentes para el propósito particular de la evaluación.

Ha elaborado Héctor Salama (1992a) el siguiente esquema para la recopilación de datos:

- Datos de identificación (nombre, edad, domicilio, ocupación, estado civil, nivel educativo)
- Familiograma

- Motivo de consulta
- Desafío actual
- Lugar que ocupa en la familia
- Nacimiento y desarrollo
- Historia de la salud
- Educación
- Historia laboral
- Desarrollo sexual
- Autodescripción del paciente
- Elecciones y puntos de transición en la vida del paciente (crisis y bloqueos en el Ciclo de la Experiencia Gestalt)
- Mapa de supervisión de cada sesión
- Ubicación de los en el Ciclo de la Experiencia Gestalt ; tanto del paciente como del terapeuta
- Cualquier información adicional que el paciente desee añadir

3.6.3 El lugar o espacio de la sesión

Independientemente de las condiciones económicas del terapeuta, el lugar donde se reúnan él y el paciente debe incluir los elementos necesarios para que exista comodidad. Es conveniente que sea siempre el mismo lugar, de preferencia que no haya ruidos externos que pudieran interferir en el trabajo y que tampoco trascienda al exterior el material del paciente a través de las puertas o ventanas. Es adecuado además que este lugar sea independiente del paso a otros lugares y la temperatura debe ser agradable para el paciente y el terapeuta. Un lugar con poca luz no favorece la discriminación de la comunicación no verbal.

El paciente tiene derecho a la información de quién es la persona que estará acompañándolo durante el viaje hacia el crecimiento personal. El lugar por lo tanto, es el reflejo de la personalidad del terapeuta y sirve para enseñar el cómo y el dónde de su desempeño profesional. El terapeuta se convierte en la mayoría de los casos en un modelo a imitar o superar. (Salama, 1992a)

3.6.4 Contrato

El contrato, en psicoterapia generalmente se basa en la mutua confianza por lo que no se requiere un contrato por escrito o notariado. El contrato establece un compromiso entre adultos donde el terapeuta pone además de sus conocimientos, una actitud mental sana y desprovista de prejuicios. Aunque el contrato difiere entre los diferentes enfoques terapéuticos, sigue siendo básicamente un compromiso entre adultos donde uno, el profesional de la salud, ofrece un antecedente de conocimientos adecuados y el otro, el paciente, brindará su experiencia particular y personal. (Salama, 1992a)

3.6.5 El tiempo de la sesión

En general una sesión individual suele durar 45 minutos y puede prolongarse 15 minutos más si se trata de una crisis. Se pueden dar hasta dos sesiones seguidas el mismo día, al mismo paciente. El tiempo de la sesión se establece desde el inicio y es el terapeuta quien decide la duración de cada una con la previa aceptación del paciente.

Hay algunos pacientes que dejan hasta el final el material más significativo para manipular la relación, por esto el terapeuta no debe abrir nuevo material faltando 15 minutos para la

finalización de la sesión. El poner un reloj frente al terapeuta y ocultarlo a la vista del paciente, puede servir al primero para el control del tiempo y evitar que termine antes o después de la hora establecida. (Salama, 1992a)

3.6.6 Objetivos de la psicoterapia

Los objetivos se refieren a la meta que se fija. Como la Gestalt se basa en el *darse cuenta* y en el aquí y el ahora, es adecuada la evaluación de las necesidades dentro de un marco de inmediatez. Existen muchas y diferentes razones para iniciar un proceso terapéutico y todas están conectadas a la imposibilidad de resolver un bloqueo presente o ante un desafío actual crítico en el que los antiguos juegos neuróticos ya no funcionan para manipular el mundo o ya no responden de la misma manera satisfaciendo nuestras necesidades, por lo que hay que buscar un cambio.

El objetivo inmediato de la Gestalt es lograr que el paciente aprenda a cerrar sus asuntos inconclusos desde el Yo, apoyado inicialmente por el terapeuta quien se convierte en un Yo auxiliar, merced a una conducta congruente, armónica y transparente.

El objetivo inmediato es favorecer en el paciente la adquisición de una filosofía de la vida auténtica con la que mejore considerablemente su calidad de vida. Esta fase puede prolongarse hasta que se logre el proceso de aprendizaje o autoapoyo más que la atención en el *insight* o *darse cuenta*, siendo importante llegar a obtener la congruencia entre su conducta, sus sentimientos y sus pensamientos.

El *darse cuenta* es la puerta de entrada al aprendizaje. Sin embargo ésta requiere de repetición de lo aprendido hasta que se incorpora de manera relativamente definitiva, que se convierta en hábito. Todo paciente lleva en sí una red suficientemente amplia y complicada de

barreras neuróticas, mismas que le han servido para protegerse ante los cambios que lo desconocido le ha presentado, por otro lado esta persona desea estar bien y quisiera conocerse más, mejorando su calidad de vida.

El objetivo de la terapia ha de tomar en cuenta todos los antecedentes que trae el paciente y que servirán de base al terapeuta para hacer su trabajo profesional más efectivo. Es cambiar los patrones repetitivos de conducta y buscar un cambio dentro del proceso que implica descubrir sus potencialidades y las partes pérdidas de su Yo para usarlas como apoyo ante las dificultades cotidianas que se presenten y resolverlas para uno convertirlas en problemas. (Salama, 1992a)

3.6.7 Estructura de la sesión terapéutica

La persona que va terapia lo hace con un motivo determinado, este motivo puede ser parecido o ser diferente de la verdadera razón que lo trae. En general el motivo de consulta tiene su historia, la cual puede venir acompañada de síntomas somáticos y de repercusiones familiares o de trastornos, tanto intra como interpersonales.

Básicamente el individuo tiene en sí las respuestas a sus problemas, nadie conoce más del paciente que el paciente mismo, sólo que sus bloqueos le impiden tener la claridad para descubrirlos o a pesar de conocerlos, bloquea la voluntad para el cambio y encontrar alternativas de solución que impliquen un mejor aprovechamiento de sí mismo a favor de él. (Salama, 1992a)

3.6.8 El material

En Gestalt se denomina material a todo lo que involucre la comunicación verbal y no verbal del paciente. El material puede ser traído por éste o emerger durante la sesión. Generalmente alude a situaciones no resueltas y que emergen con el fin de resolverse. Este material puede incluir una o varias zonas de relación (interna, externa o fantasía).

Cualquier material conflictivo entre el paciente y el terapeuta debe tener prioridad en su resolución para que no contamine la relación entre ambos y que ello sirva de encuadre a futuras relaciones interpersonales.

Hay varios tipos de figuras que pueden emerger en el material del paciente:

La figura de atolladero

Es cuando la persona presenta dos fuerzas de sentido opuesto y de parecida intensidad y se siente atorado en la toma de decisión.

La figura del compartir

Siempre es positiva. Si fuera negativa sería figura de atolladero y solo se refuerza. El terapeuta debe estar atento a la fenomenología o comunicación no verbal del paciente, dado que pudiera ocurrir que éste se presente a la sesión como si estuviera compartiendo algo y su cuerpo muestra conducta incongruente, entonces es el momento en el que pasa a ser una figura de atolladero y se trabaja como tal.

La figura de la no figura

Es cuando el individuo señala que no trae ningún material para trabajar. Generalmente son las sesiones más productivas y es cuando emerge el material significativo. El terapeuta no presionará para que surja algo, sólo podrá estar en silencio acompañando al paciente con una actitud de comprensión e interés o sugiriendo un rastreo, esto es, se propone al paciente a

que haga un “paseo por sus neuronas” y le platique lo ocurrido en el tiempo en el que no se vieron.

La multifigura

Ocurre cuando el paciente presenta dos o más figuras de parecida intensidad no necesariamente opuestas.

El material simbólico

Es a través de sueños, fantasías recuerdos de situaciones pasadas o presentes y aún comunicación no verbal.

La figura elaborada

Es aquella que el paciente trae a la sesión para trabajarla a pesar de que ya estuvo elucubrando sobre ella tiempo atrás. Implica que aún no la ha resuelto y que aún sigue teniendo una ganancia secundaria que le permite continuar evitando confrontar y resolver su verdadera necesidad y repetir su patrón neurótico conocido.

La figura inventada

El paciente lo hace para traer algo a la sesión y no perder tiempo en buscar otra o evitar la angustia de no tener alguna figura para trabajar. Generalmente puede manejarse lo que aporte ya que después de todo es una proyección.

La figura del síntoma expresado por el cuerpo

Es cuando a través de un dolor o malestar nos revela la parte latente de la necesidad, la polaridad no tomada en cuenta o bien la necesidad que proviene desde la zona interna y que nos lleva a aclarar la figura. (Salama, 1992b)

3.6.9 Los modos de la sesión

Una sesión terapéutica puede estructurarse en diferentes formas, y éstas son diagonal, vivencial y mixta.

Sesión Diagonal

Es cuando se efectúa un intercambio comunicacional donde el diálogo es el medio por el cual el paciente adquiere un darse cuenta sirviéndole para la toma de decisiones a futuro. Antes de iniciar el rastreo el terapeuta le dice al paciente que van a ser un "paseo por sus neuronas" y con esto el terapeuta enfatiza la importancia que le da al funcionamiento cerebral.

Las preguntas básicas que se pueden utilizar en la sesión diagonal son:

¿Cómo?

Se refiere al proceso propiamente dicho y sirve para saber el desarrollo de algún pensamiento, actitud o conducta.

¿Por qué?

Se refiere al área del pensamiento y sirve para investigar las proyecciones y las justificaciones. Esta pregunta se usa en explicar sueños, fantasías, pues trata de obtener información acerca de las proyecciones o también en cualquier sesión que se requiera información que nos permita obtener herramientas para poder graduar un posible experimento de acuerdo a la escala de valores del paciente.

¿Qué evitas con lo que haces o dices? y ¿Qué obtienes con lo que haces o dices?

Son dos preguntas polares que pueden servir para obtener información acerca de lo que realmente desea el paciente.

¿Para qué?

Actúa como una acción integrativa y evita la justificación y la racionalización.

Sesión Vivencial

Ocurre cuando se efectúan ejercicios experienciales que implican la expresión de emociones y la movilización de la energía hasta que se llega a la explosión o al contacto con el satisfactor de la necesidad y su cierre. Se elabora un ejercicio específico para ese momento y depende de la creatividad del terapeuta que retome la figura "clara" y no solamente para conseguir que ésta emerja.

Sesión Mixta

Cuando se aplican las dos anteriores. Esto es lo común y recomendable en la mayoría de los casos, pues permite reestructurar la figura al resignificarla desde la vivencia o lo que se pueda rescatar de ella y al mismo tiempo elaborar una asimilación retomando las partes que antes no había considerado el paciente. (Salama, 1992b)

3.6.10 Desarrollo del Contacto entre el paciente y el terapeuta

Una vez que se establece la relación inicial entre el paciente y el terapeuta se irá dando poco a poco lo que se denomina *contacto*. Esto significa el establecimiento de la confianza básica entre ambos, lo cual es esencial para que se pueda desarrollar el proceso terapéutico.

También el contacto no siempre implica un *darse cuenta*, sin embargo el *darse cuenta* incluye el contacto.

Esta relación íntima, este proceso entre ambos, va creando una burbuja terapéutica dentro de la cual afloran los más variados sentimientos, protegidos por la invisible capa de seguridad, respeto y confianza, creada y alimentada propositivamente por el paciente y el terapeuta.

Es natural que la misma relación cercana lleve al paciente a abrirse y deje salir muchas emociones escondidas por largo tiempo, sin embargo está a salvo, porque el terapeuta es responsable de proteger el secreto de lo que ocurra en la sesión. La confianza y la seguridad, el interés y el respeto que el terapeuta proporciona se convierte en la llave del éxito del crecimiento del paciente. Como cada sesión inicia y termina un proceso, lo cual significa que habrá situaciones interesantes al inicio y al final, como romper el hielo. (Salama, 1992b)

3.6.11 Cierre de la sesión

Se hace un resumen de lo que el paciente trabajó en la sesión. A veces es conveniente dejar alguna tarea con la relación a lo visto en la terapia con el fin de que el paciente fortalezca sus descubrimientos o le sirva para *darse cuenta* de otros puntos que no aparecieron en el momento de la sesión.

El sistema de relación es el que se establece entre los miembros de la sociedad terapéutica y se basa en la aceptación de ciertos valores como el respeto, la honestidad, el interés, la responsabilidad y el compromiso. El involucramiento emocional con el paciente que trascienda el hecho terapéutico deja de ser esencial para la "cura" del paciente y puede convertir la sesión en un incremento de las resistencias en éste incluyendo una disminución de la objetividad necesaria en el terapeuta.

La seguridad en una sesión implica el abstención de criticar o hacer conjeturas o interpretaciones sobre lo que está ocurriendo al paciente, además de asegurar la total confidencialidad de lo que ocurre dentro del tiempo de la sesión. Asimismo, el terapeuta aclarará que no irá más allá de donde el paciente desee.

La confianza es un sentimiento afectuoso y respetuoso entre dos o más personas por lo que en el proceso terapéutico es indispensable que exista. Si alguno de la relación terapéutica no confía en el otro, lo sugerible es dar por terminada la relación, siempre y cuando se agoten todos los esfuerzos por implementarla. Esto se logra a través de una conducta auténtica por parte del terapeuta, a menos que el paciente no confié en éste. El interés hacia el paciente significa mostrar una conducta favorable y de apertura hacia el paciente, respetando su forma de hablar, su educación y su cultura. Es importante que el terapeuta no caiga en exageraciones que pudieran asustar o inhibir al paciente (abrazos, besos de saludo al inicio o al final de la sesión). (Salama, 1992b)

3.6.12 Duración de un proceso terapéutico (Individual-Pareja-Grupo)

En la Psicoterapia Gestalt un proceso individual no didáctico, es decir, para cualquier persona que desea desarrollar su potencial y resolver sus asuntos pendientes puede durar hasta un año, una vez por semana.

En la terapia de pareja, dependiendo de la problemática presentada, va de 1 sesión a 6 y no más de 10 sesiones. Si la pareja adolece de problemas de comunicación o están en la fase de lucha por el poder y siguen queriendo estar juntos, el proceso dura el tiempo mínimo y necesario hasta que ambos miembros aprendan a comunicarse. Los códigos de valores comunes son básicos para este fin.

Si uno de los miembros ya no tiene deseos de estar con su pareja, la terapia sólo puede servir en principio para hacer menos dolorosa la inevitable separación. Generalmente el que toma la iniciativa y abandona se siente culpable y el que es abandonado se queda con resentimiento. Es conveniente que este último tome terapia individual hasta que logre su autoapoyo.

Respeto a la terapia de grupo, dependerá si es un grupo abierto o cerrado y el objetivo previo al tomar el proceso, imaginando a un grupo de personas que voluntariamente se acercan a un terapeuta para iniciar un proceso aceptarán que se forme un grupo abierto donde pueden entrar nuevos miembros y salir otros.

La duración de cualquier proceso está determinada más por los pacientes que por la voluntad del terapeuta, pues en Gestalt no se acepta, ni el fomentar ni el mantener la dependencia entre sus miembros. (Salama, 1992b)

3.6.13 El fin de la terapia

A veces el terapeuta es quien debe proponer la finalización de las sesiones, siempre y cuando haya captado que no es necesaria su continuación, éste se basará en el desarrollo de la autoestima y logros del paciente. Hay ocasiones que el paciente no desea terminar con el proceso y no es porque tenga asuntos pendientes dado que siempre los tendrá, sino porque ha creado un lazo afectivo con su terapeuta que no desea que lo termine.

3.7 Técnicas de la Psicoterapia Gestalt

Las técnicas en terapia Gestalt son muchas y cubren un amplio espectro de conductas como verbales y no verbales, estructuradas y no estructuradas, introspectivas o interpersonales,

dirigidas por el paciente mismo y, a veces, por el terapeuta, simbólicas o no simbólicas. La unidad de esta terapia no se basa en el nivel molecular de los elementos técnicos que la componen, tampoco se reduce al nivel unilateral de la actitud que toma el terapeuta, sino a uno intermedio donde una actitud da forma al material técnico y a su vez genera una nuevas síntesis de las posibilidades al alcance.

Las técnicas utilizadas en la terapia Gestalt se dividen en dos grandes áreas, una es de dejar de hacer lo que sea necesario para descubrir la experiencia que se oculta detrás de una determinada actividad y la otra es la de reunir energía suficiente para hacer frente al contenido del *darse cuenta* del paciente, intensificando la atención o exagerando la acción deliberadamente. Se conocen como técnicas supresivas, expresivas e integrativas; son independientes entre sí y son la mano derecha e izquierda del terapeuta gestáltico.

Son técnicas que sirven para dejar de hacer lo que el individuo esté actuado con el objeto de descubrir la experiencia que se oculta detrás de una determinada actividad. En las técnicas supresivas el primer requisito para vivenciar lo que en potencia se podría experimentar, es dejar de hacer algo más, solo entonces se aprenderá que el vivenciar no es algo que se tenga que buscar, sino algo que no se puede evitar. Otra condición para realmente vivenciar, es el aceptar que se está en el aquí y el ahora, no se puede experimentar (recrear en la imaginación) lo que es pasado o ausente, la realidad siempre es ahora.

Las técnicas supresivas adquieren diferentes formas en la psicoterapia Gestalt:

Lo nada o vacío

Hay una experiencia en particular a la que se llega en forma frecuente mediante la supresión de evitaciones y lo que los terapeutas gestalistas le llaman el experimentar la nada; hasta cierto punto es una contradicción ya que el vivenciar conlleva un "algo". La nada es, para los

terapeutas gestalistas un limbo donde los juegos superficiales de la personalidad se han hecho a un lado y al *darse cuenta* todavía no tiene lugar. (Salama, 1992b)

Favorece que la persona enfrente su sensaciones desagradables o vacíos existenciales, se podría interpretar como una suerte de sadismo al facilitarle el contacto con lo no deseado, sin embargo justamente el estar evitando lo desagradable es la manera neurótica de no reconocer lo que le está molestando y por lo tanto no resolver el problema que le aqueja.

Se le puede invitar al paciente a que haga contacto con la sensación desagradable y que se convierte en la misma o bien o puede hacerse una fantasía de entrar al vacío y a medida que ingresa el mismo paciente irá descubriendo de qué está compuesta y elegirá con algo agradable que desee; la idea es convertir el vacío estéril en vacío fértil. (Salama, 1992b)

Debeísmos

El paciente al decirse a sí mismo y a los otros lo que deberían de ser es otra manera de no permitirse ver lo que es. Evaluarse es la mejor manera de ser "debeísta", las personas se evalúan en el intento de ajustarse a un patrón basado en experiencias pasadas o extrapolarlos en el futuro. Si de acuerdo a sus juicios, el grado de ajuste a dicho patrón es suficiente, entonces "acepta".

En esta "aceptación" no se están descubriendo los valores intrínsecos de cada situación, solo existe un sello de aprobación basado en estándares preestablecidos, la persona se siente seguro y se mantiene dentro de su status quo.

Cuando el grado de ajuste a dicho patrón no es suficiente, por lo general pondrán en énfasis en lo que falta más que, en lo que existe. La meta de la terapia Gestalt es vivir en el presente tanto como se pueda (cuando eso sea lo que se elija); que ningún estándar del

pasado confunda el *darse cuenta*, para que sea lo que se es y ningún "debería" nuble la identidad de la persona. La regla de no evaluar es más difícil de cumplirse que la del no pensar. Antes de que alguien pueda dejar de evaluar, primero tiene que saber cómo evalúa, lo que servirá para facilitar el *darse cuenta* de lo que se está obteniendo. Hay que aclarar que la terapia Gestalt, más que eliminar el "debeísmo", intentará que se asimile. (Salama, 1992b)

Manipulación

El "hablar acerca de" se refiere al uso equivocado del intelecto, el "debeísmo" al uso equivocado de las emociones, la "manipulación" es el uso equivocado de la esfera de la acción. Así como se evita la experiencia con el pensamiento y con el sentimiento, con la acción ocurre algo similar, por ejemplo cuando una persona habla mucho puede ser que esté evitando entrar en contacto con sus propios sentimientos.

No es difícil darse cuenta de cuántas de las acciones de las personas están dirigidas a la minimización del malestar y a la evitación de estados interiores que la persona no está dispuesta a aceptar.

De manera general, que la mayor meditación puede darse cuenta de cuan inaguantable puede volverse el no hacer nada y de cómo la más simple de las prácticas puede servir para revelar toda la agitación que incubre el sobreactuar, aburrimiento, ansiedad acerca del futuro, tristeza, etc., tendrán que ser confrontadas. La manipulación que se hace a otras personas, es también la manipulación a uno mismo dirigida a manipular al otro.

Preguntas

Existen preguntas razonables dentro de una conversación, pero aquí las preguntas se manejan en forma de manipulación, dirigidas a obtener una respuesta que no expresa la

experiencia del que pregunta. El que pregunta, necesita de una respuesta para una mayor evasión del asunto sobre el que pregunta.

Las preguntas no solo sirven para limitar la vivencia del que pregunta sino también para satisfacer la necesidad del manipulador de desviar la interacción de lo que no es, terapéuticamente hablando, funcional. El terapeuta puede enseñar al paciente a tener una comunicación directa y franca, cuando las respuestas del terapeuta son sinceras y no ocultan ningún tipo de manipulación.

Respuestas

Una vez que se ha hecho una pregunta dirigida para manipular, es importante poner intención en la contestación o respuesta que se dé, ya que muchas veces éstas constituyen un acceder pasivamente a la manipulación y no sirven para el que pregunta, ni el para el que contesta, ni para el grupo (si éste existe).

Las alternativas para manejar las respuestas son al que se le pregunta tiene la libertad de contestar o no de acuerdo con lo que prefiera hacer. Independientemente de que la persona aludida conteste o no, comunicará su reacción hacia la pregunta, la vivencia que surgió a través de la pregunta.

El que demanda no acepta que otros sean, en la misma medida el que no se permiten reaccionar ante los otros tal y como él es y esto sucederá en tanto no se permita vivenciar el impacto del ser del otro, para él, los otros tienen que coincidir con sus ideales y si no es así se enoja. (Salama, 1992b)

No hablar acerca de

Dentro de la sesión cuando emerge una figura que necesita ser cerrada, es conveniente facilitar el contacto con la experiencia más que hablar acerca de la misma dado que con ello puede facilitarse la deflexión y correr el peligro de intelectualizar para no vivenciar.

El paciente neurótico tiende a racionalizar su problema como una manera de continuar haciendo o no haciendo lo mismo, creyendo que con hablarlo se resolverá mágicamente. Aquí lo evidente es creer que cuando se conoce intelectualmente lo que le pasa al individuo, se desaparecerá la situación dolorosa por la que atravesamos.

Manejo de autoestima

No es inadecuado aceptar el afecto del paciente o felicitarlo cuando obtiene un logro a menos que éste lo haga para manipular. A veces es necesario regalarle un "dulce" al Yo para así favorecer el incremento de la autoestima o del autoconcepto. El objetivo de las técnicas expresivas es reunir energía suficiente para fortalecer el contenido del *darse cuenta* del paciente, ya sea sugiriendo la intensificación de la atención o exagerando la acción deliberadamente, las técnicas expresivas son:

Expresar lo no expresado

El silencio a veces oculta la necesidad por temor a hacer y enfrentar. En ocasiones el paciente se queda callado o evita la mirada hacia el terapeuta en un claro indicio de desviar la atención (inicia la conversación sin terminar la frase o la dispersa en racionalizaciones).

Aquí el terapeuta puede aplicar esta técnica con el objeto de facilitar en el paciente el darse cuenta de su evitación, por ello hay que tomar en cuenta lo que el paciente expresa no verbalmente lo que no quiere verbalizar, por lo que se puede retomar la fenomenología para el trabajo terapéutico invitándolo a que lo exprese (si pudieras hablar ¿Qué dirías?).

Otras veces el paciente puede venir a una sesión comentando algún incidente que le ocurrió con alguien quedándose con las ganas de decirle algo. Se sabe que el paciente desearía expresar lo que se aguantó. Lo que busca esta técnica es que aquél logre cerrar su gestalt, para lo cual se pueden poner dos sillas, una enfrente a la otra e invitarlo a que se imagine la escena, en la que no logró expresarse y ya que la tenga, invitarlo a que lo haga, después de este ejercicio vivencial el paciente se siente mejor que si no lo hubiera efectuado.

Terminar o completar la expresión

Cuando el paciente presenta una figura incompleta se le sugiere que la termine como lo desee. A veces parece que el paciente expresa nítidamente su pensamiento o efecto y sin embargo nos quedamos con la sensación de que faltó algo, en este caso lo mejor es que el paciente repita todo y ver si aparece algún material oculto.

Pueden revisarse las emociones escondidas o latentes como el temor, la culpa, la envidia o la angustia que frecuentemente acompañan estas deflexiones o evitaciones. El objetivo básico de las técnicas integrativas es el de integrar las partes disociado del individuo y éstas son:

Encuentro intrapersonal

Aquí las distintas funciones del Yo se ponen en contacto y dialogan entre sí, al cesar las necesidad de control de uno sobre el otro se optime la integración.

Asimilación de lo proyectado

Cuando se incorpora lo disociado a través de la reidentificación, favorece la responsabilidad, es útil en el trabajo de sueños y fantasías.

Fantasías guiadas

Hay innumerables fantasías y se utilizan desde la fase de la formación de la figura previa sensibilización, además de que pueden utilizarse para graduar cualquier experimento y son:

El túnel del tiempo; es una fantasía guiada para hacer una regresión mediante un rastreo previo, se hace siguiendo el Ciclo de la Experiencia Gestalt, invitando al paciente a realizar un ejercicio vivencial, comenzando con la fase que corresponde a la zona interna, se le sugiere que imagine que esta en un cuarto, donde hay una puerta secreta que da a un túnel de tiempo donde se hayan puertas a ambos lados del túnel que abren hacia escenas pasadas de su vida, se le pide que busque alguna escena en la que cree que algo no está resuelto y por la cual sufre, se le invite a que entre como adulto acompañado por el terapeuta y si desea hacerle un cambio que lo haga, haciéndolo sentirse satisfecho con este cambio en dicha escena. Luego se regresa al cuarto donde partimos y en donde al volver al aquí y al ahora se hace la retroalimentación y el cierre correspondiente.

El archivero; es una fantasía que puede utilizarse, cuando el paciente dice que no tiene nada que decir, es una manera de invitarlo a rastrear en su interior. Consiste en pedirle al paciente que imagine que está en un cuarto donde hay un archivero con cajones, se le pide que se acerque al mismo y abra cualquier cajón y saque una carpeta donde encuentre algo interesante acerca de algún asunto pendiente. Cuando lo encuentra se le pide que lo traiga al aquí y el ahora y lo comparta, de esta fantasía puede derivarse la aplicación de un experimento para el cierre del asunto pendiente. (Salama, 1992b)

3.7.1 Técnicas expresivas

Con las técnicas supresivas el terapeuta desalienta en el paciente lo que no es; al invitarlo al expresarse, lo estimula para lo que si es. Así, todos los actos de auto expresión dentro de su contexto no son solo una ocasión, para darse cuenta, sino una invitación abierta a la acción,

que tenga el paciente una experiencia correctiva en donde el paciente aprende que puede ser el mismo, sin que sus expectativas catastróficas sean confirmadas, tomando el riesgo rompa con sus patrones fóbicos y aprenda que la expresión de sí mismo es reconfortante y única base para el contacto real con otros.

Estas técnicas se resumen en tres principios que son expresar lo no expresado, terminar o completar la expresión y buscar la dirección y hacer la expresión directa.

Expresar lo no expresado o iniciación de la acción

Es maximizar la expresión, este principio se aplica de distintas formas en la terapia Gestalt; una de ellas la minimización de la conducta no expresiva (clichés y verborreas). Una segunda forma de llegar a la maximización de la expresión es provocar situaciones no estructuradas, o no previstas por el paciente.

En la medida que una situación no éste estructurada, el individuo se enfrenta con sus propias elecciones, en tanto no existan reglas de interacción o alguna conducta específica esperada, el paciente determinará sus propias reglas y se hará responsable por sus acciones.

Los conflictos manifestados con más frecuencia durante el proceso del *darse cuenta*, se dan entre las necesidades orgánicas, los "roles" sociales de conducta y la importancia de la reacción de otras personas.

Otra manera de maximizar la experiencia es pedir y estimular la participación verbal de la persona respecto a esto. Para lograr una participación más activa a veces resulta una buena herramienta preguntar de vez en cuando al paciente que exprese lo que está sintiendo, ya que en todos existe la necesidad de expresarse.

Otra técnica aplicable en grupos, que incluye el rompimiento de estructuras y la petición de expresarse, es la de hacer la ronda, aquí al paciente se le pide que con cada miembro del grupo exprese lo que quiera o se da una frase determinada según su contexto o lo que esté intentando solucionar en ese momento.

Otra de las técnicas surge de la idea de que la medida de su neurosis el paciente inflará la magnitud de algunos de sus rasgos y empequeñecerá aquellos que considera negativos; por lo mismo dejará de ser espontáneo y alimentará algunas manifestaciones reprimiendo a otras.

Terminar o completar la expresión

En ocasiones el paciente presenta un sentimiento de "no haber terminado", en términos gestálticos que existe una situación en la que la Gestalt no a sido cerrada o completada; palabras que no se dijeron, cosas que no se hicieron y que alguna vez quisieron decirse o hacerse, dejando una huella que los enlaza al pasado. El terapeuta invita al paciente a actuar sus fantasías sin descuidar el aquí y el ahora.

Actuación e identificación

La actuación se puede decir que es la siguiente fase de la traducción, en la que el actuar le da expresión motriz a una idea, un sentimiento o imagen. Actuar, puede ser entendido como completar la expresión si consideramos dentro del contexto terapéutico a la conducta de pensar como incompleta o como una acción simbólica.

La actuación también implica otro de los principios gestálticos que es el de identificarse con el ser uno con esa parte de su experiencia para poder llamarla propia. La petición por parte del terapeuta será llevado a cabo con más dificultad cuando se trate de "ser" una parte no aceptada o molesta por el paciente, quien ha estado luchando hasta ese momento, para no hacerla propia. Pero cuando al fin puede identificarse con todo lo que él es ya sea "bueno o

malo", estará tomando la responsabilidad por el mismo y empezará a sentirse integrado. (Salama, 1992b)

3.7.2 Técnicas integrativas

Toda técnica de expresión o supresión es integrativa, ya que despierta el *darse cuenta* de lo que estaba disociado de sí mismo, creando así pensamientos, sentimientos o imágenes inefectivas.

En terapia Gestalt hay técnicas cuyo objetivo principal es la de integrar las partes alineadas del paciente y son: el encuentro interpersonal es poner en contacto los distintos subyoes por medio de pedirle al paciente que haga hablar a sus distintos caracteres; para este tipo de diálogos se pueden utilizar la silla caliente y la silla vacía, sobre las que el paciente se sentará alternativamente cuando cambie de rol. La idea del encuentro interpersonal es tan simple como: relacionar dos o más ángulos distintos o puntos de vista en una misma persona, de tal manera que se relacionan y permitan la integración. (Salama, 1992b)

3.7.3 Estrategias Terapéuticas

La silla vacía

Se necesitan tres sillas ubicándolas de la siguiente forma, dos sillas de enfrente y la tercera en medio. Sirve para trabajar proyecciones y salirse del sistema. Como si fuera un juego de teatro se le pide a la persona que se siente en una de las dos sillas de enfrente y se le invita que se conecte con su zona interna a través de la respiración, luego con su imaginación busque en su archivo mental a su polaridad y la ubique en la otra silla e inicie un diálogo que le sirva para comprender el proceso que lo lleva a bloquearse.

También sirve para trabajar confrontaciones o resolver resentimientos y además puede utilizarse para el trabajo de duelos y sueños. Es una manera de metacomunicarse. La silla integradora o tercera es un recurso que puede utilizarse para lograr mediante la meta comunicación que el paciente pueda tomar de cada uno de los personajes o roles que representó lo mejor de ellos y dejar lo que ya no le sirva.

Manejo de polaridades

Es una estrategia que sirve para aclarar la figura y el proceso de cambio. Lo interesante es que el individuo descubra alguna de sus características negativas que simbolizan resistencia o bloqueo en él mismo y proponerle que inicie un diálogo con la parte contraria de dicha característica para que identifique donde esta el Yo y lo pueda diferenciar del Pseudo yo, se podría agregar la posibilidad de establecer las características positivas no aceptadas por el paciente debido generalmente a la auto devaluación.

Descarga en objetos neutros

Se aplica para iniciar el proceso de resolver resentimientos; esto es localizable en la cuarta fase llamada energetización ubicada en el segundo cuadrante del Ciclo de la Experiencia Gestalt. Puede utilizarse un palo de plástico para que el paciente golpee repetidamente en un cojín hasta que se canse o él considere adecuado terminar el ejercicio.

Cambio de roles

Es importante la empatía, se usa para trabajar resentimientos con personas significativas y el paciente pueda tomar conciencia de la actitud del otro.

Las polaridades en la terapia

Implica la integración de los polos que se representan en los conflictos internos prestando atención a las variaciones en el contexto, al funcionamiento del Yo y del Pseudo yo y a la relación de ambas partes con la situación actual.

Al reinterpretar las polaridades se cambia la estructura y la percepción del ambiente y se empieza un comportamiento y pensamientos distintos porque el campo es nuevo, se ha reorganizado. Esta nueva solución se repite (asimilar la Gestalt).

Confrontación

Se utiliza cuando se desea conservar una relación importante. Se inicia con el nombre de la persona con quien se está molesto y se continua con la frase: "estoy molesto contigo porque...". Esta frase se repite continuamente hasta que agota sus resentimientos; después de la retroalimentación se trabaja la polaridad utilizando el nombre de la persona y la frase. "estoy agradecido/a contigo porque...". Esta frase se repite hasta que se acaben sus agradecimientos.

La diferencia entre confrontación y enfrentamiento es simple. La primera conserva la relación, la segunda no. Confrontar significa decir lo que se piensa o se quiere, con respeto; por el contrario el enfrentar se lucha por ganar.

La visualización

Alguna vez se ha escuchado que alguien comentó: "Me puse en la cabeza la imagen de lo que quería y lo logré" y lo primero que se piensa es que tuvo suerte o que es mentira porque no se puede creer que de solo imaginar algo se va a obtener.

Visualizar es un proceso en el cual el individuo puede imaginar que un deseo se vuelve realidad dentro del sentido común. La visualización de algún deseo implica crear asociaciones al éxito, por ello la persona puede dirigir su atención a lo que desea y así provocar las oportunidades necesarias para lograr su objetivo.

La conducta tiende a ser repetitiva, por lo que muchas veces la persona quien le impregna la posibilidad de logro o fracaso de la misión que se ha programado, si la persona decide obtener algo a pesar de que esté lejano de las posibilidades, se podrá obtener, siempre y cuando se visualice en múltiples ocasiones.

Manejo de sueños

Los sueños en Gestalt se consideran como mensajes del Yo en busca de cerrar asuntos pendientes o dar un mensaje de alerta. Se le pide al paciente que cuente el sueño en primera persona y en tiempo presente como si estuviera ocurriendo en ese momento y que tome en cuenta todos los elementos que aparezcan en el material le pertenecen a él mismo, se le pide que se identifique con el elemento del sueño que elija y actúe como si fuera éste.

Que el paciente elija el elemento que más le interese o que rechace y, se convierta en él mismo. Cuando el paciente no sabe qué responder se le invita a inventar la respuesta. También puede trabajarse con un elemento cuya omisión sería obvia. Si es un sueño desagradable que fue interrumpido por angustia se le sugiere al paciente que lo termine como a él le hubiera gustado que finalizara.

Se continúa el trabajo hasta que el paciente descubre el mensaje existencial, que comprenda el mensaje que el Yo quiere decirle que este alerta y resuelva el problema. Al final se le pregunta si se ha dado cuenta y cuál es el mensaje existencial que el sueño quería advertirle.

Sueñodrama

Los sueños dan material suficiente como para aplicar una dramatización llamada sueñodrama, y es una oportunidad para investigar varios aspectos de la vida del paciente. Al igual que en el psicodrama se le sugiere al paciente actuar en los diferentes roles en los que aparecen sus elementos en el material onírico.

Manejo de los duelos

Se define al duelo como al resultado de una pérdida de algo o alguien importante y su elaboración puede durar de 6 meses a un año. Si pasa de estos límites se puede creer en una posible fijación neurótica en la persona que lo padece.

Si el paciente desea cerrar un asunto pendiente con lo perdido, se le pide que imagine dicho elemento y lo ponga frente así mismo. Se le pide que establezca un diálogo y exprese lo que le hubiera gustado decirle. Cuando se trata del fallecimiento de alguna persona significativa se le pide al paciente que imagine a esa persona que está presente por un pequeño lapso para oír lo que el paciente necesita decirle o recibir lo que la persona ausente no le dio.

La pérdida de un ser amado o la separación afectiva de alguna pareja viene acompañada de la polaridad tristeza-enojo, además la sensación de vacío. El trabajo que se realiza con los duelos es el siguiente: rastreo si hay resentimientos o enojo, que por lo general los hay.

Siguiendo siempre el Ciclo de Experiencias Gestalt, se aclara la figura y se hace un trabajo con sillas donde el paciente puede despedirse de quien se fue diciéndole lo que hubiera querido decirle, expresando su enojo y su amor. Al final que el paciente esté tranquilo se le pide que imagine a esa persona en un ataúd, que se despidan nuevamente y cierre el féretro, se le propone que la ponga en la fosa en un cementerio y la cubra con tierra y se le pregunta

al paciente si quiere ponerle flores, se le pide nuevamente que se despidan pudiendo tener un nuevo encuentro con aquella persona en el caso de que fuera necesario cerrar alguno otro asunto pendiente. (Salama, 1992b)

3.7.4 Estrategias terapéuticas específicas por bloqueo

La retención es debida a que proviene de auto interrumpir la energía requerida para resolver una necesidad específica (involuntariamente, como en el caso de cualquier bloqueo), se ubica como el último bloqueo del ciclo, y si se inicia cualquier trabajo se hará desde el bloqueo de la desensibilización a pesar de que se encuentra en la segunda fase, convirtiéndose así en el primer bloqueo del ciclo.

La desensibilización es un proceso mediante el cual la persona bloquea su sensibilidad a las sensaciones o sentimientos que puedan provenir tanto de la percepción del medio externo como del interno, estimulando el proceso de intelectualización por lo que el sujeto explica en forma racional su ausencia de contacto sensorial. Las personas obsesivo/compulsivas tienden a evitar la angustia mediante la actuación de rituales, los que en definitiva quitan energía a las demás emociones e impiden que se manifiesten.

Puede deberse a que el individuo haya sufrido situaciones penosas, por ejemplo la muerte de un familiar en una edad en la que se sentía impotente ante dicho hecho o haya recibido mensajes de no llores o no sufras, por lo que probablemente lo tradujo al "no sientas"; o vivió una situación traumática que al ser reiterativa lo fue desensibilizando.

La estrategia terapéutica que se sugiere es la de facilitar que el paciente tome contacto con sus zonas de relación mediante el sencillo procedimiento de completar la frase: Ahora me doy cuenta de... poniendo atención a cada una de las tres zonas. Se tratará que el individuo se

conecte con una escena de su vida donde se originó este bloqueo, facilitándose la revivencia del mismo desde una actitud adulta ya que su necesidad fue la de bloquear sus sensaciones o afectos, habrá que apoyarle en una resemibilización a traves de técnicas vivenciales que restablezcan su seguridad y confianza.

El mecanismo de proyección consiste en atribuir a otras personas actitudes, pensamientos, emociones, creencias, o situaciones que le son propias mediante, por lo cual quien proyecta no asume ninguna responsabilidad sobre sus propios actos, pensamientos y emociones. Se ubica en la tercera fase dentro del segundo cuadrante del Ciclo Gestalt o zona de la fantasía.

El individuo tiende a depositar sus culpas en los demás o en el medio y utiliza frases como las siguientes: "por culpa del tráfico no llego temprano al trabajo", "por tu culpa no puedo ser feliz", "debido a como fueron mis padres no logré lo que yo hubiera deseado". La estrategia terapéutica que se considera adecuada es facilitar la re-identificación, mediante el trabajo con sillas y asumir la responsabilidad de cada palabra o acción que diga o haga. Con ello comenzará a fortalecer su Sí mismo para obtener un Yo más fuerte.

En el rastreo previo que se haga, se deberá tomar en cuenta cuándo, cómo y con quién se originó dicha auto interrupción de la energía, se le facilita la confrontación de los sentimientos hasta que se libere de la angustia de la que se estuvo defendiendo, la emoción latente es la ira y la manifiesta es la queja.

En la introyección la persona muestra conductas distónicas con su Yo por lo que utiliza "debeismos" con los que a pesar de no estar de acuerdo "debe" obedecer, difícilmente puede formar una nueva figura si está saturada de viejas órdenes figurales; a las frases comunes le pone la palabra "tengo" o "debo".

La estrategia adecuada es esta distonia con el Yo, es trabajar con polaridades, sillas, diálogo externo, mitos y refranes, proverbios y cuentos. Con ello se canaliza un proceso creativo que lleva al paciente a proponer nuevos modelos más acordes a su realidad actual y así poder desbloquear la energía atorada en círculos viciosos estériles.

La retroflexión consiste en hacerse la persona a sí misma, en términos agresivos, lo que le gustaría hacerle a otro. Con esta auto-interrupción, el paciente descarga su energía sobre su Sí mismo, provocándose somatizaciones como: colitis, neurodermatitis, gastritis, úlceras, etc., lo que le impide utilizar energía libre para satisfacer su necesidad. También es una conducta retroflectiva, en autotorturarse ocasionando insomnios, dolores de cabeza, enfermedades psicósomáticas, etc.

La estrategia es la de facilitar la descarga energética sobre un objeto neutro que simbolice o represente una figura o situación molesta o temida. Es importante localizar los introyectos, realizar un trabajo con la Agresión versus la Ternura. Dándose amor así mismo, tocando las partes lastimadas de su cuerpo.

La deflexión implica evitar el contacto una vez iniciada la acción tendiente a cerrar la Gestalt. La angustia al enfrentar los bloqueos emocionales, la persona los resuelve enfrentando cualquier otra cosa que no es lo que realmente lo estresa. Unas por asociación y otras por polaridad.

La estrategia adecuada es identificar la escena que provoca peligro, buscar la asociación con introyectos, crear una escena agradable y enfrentar la situación o confrontar; se pueden manejar fantasías, hacer un diálogo externo, crear un cambio de roles y aclarar el fondo y la figura confusa.

La confluencia es confundir los propios límites del "Yo" en los de otros para buscar aceptación y reconocimiento de estos y evitar responsabilizarse de la acción a efectuar o efectuada. La frase común es lo que tu quieras o como tu digas. Las personas concluyen y tienden a depositar en otros su autoapoyo con lo que evitan tomar las responsabilidades de sus acciones por el temor a ser rechazados y a su necesidad de conservar una relación que creen que les conviene.

La estrategia a seguir es la de facilitar la diferenciación individual e invitar al paciente a expresarse en lo que en este momento no se había atrevido, favoreciendo la separación del Sí mismo del ambiente, además se trabaja sobre las creencias falsas buscando aumentar la autoestima.

La fijación consiste en recordar una experiencia que se queda rondando y molestando en la mente de la persona lo cual implica que hay situaciones truncadas se sigue gastando energía en ellas.

La estrategia podría orientarse a buscar figuras alternativas y anclajes en fantasías o en el ámbito corporal y facilitar el sentido del comportamiento de modo tal que no se quede al medio camino el proceso, alcanzando así el sentido de identidad que se desarrolla completando las pequeñas secuencias de la propia vida. El elemento que preserva la fijación es la negación, y debajo de ella se esconde la sensación de vacío existencial que puede llevar a la depresión por estar llena de resentimientos y culpas.

La fijación es soluble en la conveniencia del Yo, ya que si al Yo le conviene quedarse fijado en una determinada tarea que necesita resolver más adelante entonces es sintónica con él siempre y cuando sea voluntaria.

En la retención el individuo no cierra su Gestalt. Saber cuando está terminado requiere de una considerable maestría en el arte de vivir. Así mismo cuando se resuelve está en relación con una sensación placentera como si se hubiera quitado un peso de encima. La estrategia podría ser trabajar la polaridades de exageración, el aprender la diferencia que existe entre sostener (quedarse con) una experiencia hasta el final y estancarse en ella (engancharse a) tratando de obtener algo más-cualquier cosa más – o agotarla. Facilitar el proceso de quedarse con lo que nutre y eliminar lo que es tóxico, es elemental. (Salama, 1992a)

Los enfoques psicológicos expuestos dan la gran gama que tiene esta ciencia para ver y entender al individuo. En todas las facetas de la existencia en su peculiaridad teoría, metodología y técnicas terapéuticas su igualdad radica en el bienestar y progreso de las personas ayudando a mejorar su vida, sus relaciones sociales, sus ideas, sentimientos y su entorno.

El enfoque sistémico ve al individuo como un sistema integrado y esto en su terapia es que la persona y el terapeuta tengan identificado el problema y así darle una respuesta que sea óptima, eficaz y significativa. En sus técnicas fomentan hacia el paciente que se de cuenta del problema y con guía del terapeuta sistémico que el mismo paciente dé su propia resolución. En el enfoque sistémico el tiempo terapéutico es muy importante porque se basa en que sea en pocas sesiones.

El enfoque psicoanalítico es el más profundo, porque busca y explica las funciones psíquicas inconscientes, los mecanismos de defensa y la explicación del comportamiento consciente. Explica la estructura psíquica, el funcionamiento de la personalidad y sus trastornos, este enfoque es uno de los más importantes y básicos en el estudio y practica de la psicología clínica.

El enfoque Gestalt concibe al individuo en constante crecimiento y éste puede guiar conscientemente su comportamiento, porque es creativo y desarrollando su máximo potencial para que alcance las metas en su existencia de manera productiva. La Gestalt sustenta en que la persona resuelva sus conflictos, dándose cuenta que tiene alternativas reales y así modificando su modo de pensar y de sentir de manera progresiva. En el siguiente capítulo se abordará el caso clínico donde una familia vive el duelo de la pérdida de un miembro y el enfoque Gestalt tanto en su teoría como sus técnicas terapéuticas darán apoyo y solución a éste.

CAPITULO 4

4.1 Participación del Psicólogo en el tratamiento tanatológico

La importancia sobre el estudio del duelo y sus procesos en Psicología es determinante para poder abordar los diferentes problemas y situaciones tanto a nivel personal como familiar con las características particulares en sus fases, con apoyo de las teorías psicológicas y sus estrategias terapéuticas, para que la persona y la familia que está pasando por un duelo por la pérdida de un ser querido, pueda obtener la comprensión, asistencia y apoyo para que tengan de la mejor manera posible alivio, aceptación e integración y sea productiva y activa su vida.

Es básico en la formación del psicólogo clínico saber los conceptos sobre Tanatología, el duelo, sus fases y sus procesos, así como las ramas teóricas en Psicología que retoman las situaciones, las formas terapéuticas y dinámicas; sobretodo la empatía y la comprensión hacia las personas que están pasando por un duelo por la pérdida de un ser querido, para cuando se le presenten determinados casos puedan proporcionar un servicio de calidad.

En la vida profesional del psicólogo clínico pueden presentarse casos donde haya un duelo por fallecimiento de un miembro familiar, donde las magnitudes físicas, emocionales, intelectuales, vivenciales, sociales, escolares, laborales y económicas son afectadas tanto a nivel personal como a nivel familiar afligiendo la interactividad de los miembros familiares, ocasionando negación de la realidad, empiezan y aliarse evitando amistades y conocidos, faltando a sus actividades cotidianas, se sienten enojados con ellos mismos y con los demás, inclusive pueden estar enojados con el fallecido por la situación de cambio tan drástico.

La depresión es un factor donde se gasta mucha energía, la productividad y alegría de la persona no son totalmente posibles por causa del duelo que se está presentando, dependiendo de las resistencias y la forma de aceptación del individuo y de la dinámica familiar, la depresión puede ser una situación de riesgo, en toda circunstancia.

El duelo es el proceso que hay durante la pérdida del ser querido donde cada una de las fases tiene su peculiaridad y función, dependiendo la estructura e intensidad emocional de la persona puede tardar en pasar de una fase a otra. Son cinco fases principales donde se manifiesta y resuelve el duelo, donde los autores expertos y reconocidos en el tema para brindar una visión más completa sobre el estudio de las fases del duelo.

La Tanatología demuestra y enseña a que se valore la vida aún estando en la culminación de ésta, tiene mucha atención e interés al paciente terminal, le ayuda poder enfrentar esta situación y procura que a cualquier ser humano que sufra una pérdida se le trate con respeto, cariño, compasión y que conserve su dignidad hasta el último momento, ofreciendo gran apoyo a los familiares en el proceso de duelo.

El que se dedica a esto es el Tanatólogo, es un experto que atiende el trabajo de muerte y duelo, comprendiendo a la persona en toda su esfera de vida, y participa activamente para lograr la aceptación, la muerte digna y de calidad para los enfermos terminales, estando capacitado para ayudar en el proceso de duelo a las personas que convivieron con el fallecido. Su función del Tanatólogo es brindar ayuda en la resolución del duelo de la pérdida. La meta terapéutica del Tanatólogo es lograr que el enfermo terminal cuente con plenitud de vida, no en cuanto a cantidad sino a calidad e integrar los sentimientos de aceptación y volver a su estabilidad emocional a los familiares.

Los profesionales de la salud que se conviven y se dedican en ayudar a los enfermos terminales y a sus familiares durante la pérdida y el proceso del duelo, se encuentran en hospitales, centros de salud y consultorios, que llevan el caso y el tratamiento. Su papel es muy importante porque la comunicación y confianza que se relaciona es determinante para darle calidad, comprensión, apoyo y esperanza tanto al enfermo terminal como a sus familiares.

Los que trabajan con enfermos terminales tienen también ellos que pasar por la pérdida y el proceso de duelo, porque se surgen lazos emocionales por la convivencia del paciente terminal y sus familiares. Los profesionales de la salud mencionados son los médicos, asistentes sociales, orientadores, agente pastoral y el psicólogo, estos dando su apoyo especializado, objetivo, respetuoso, proporcionando seguridad, tranquilidad y comprensión.

El psicólogo tiene un papel muy importante en el apoyo y tratamiento de la pérdida y el proceso de duelo en los enfermos terminales y sus familiares, porque muestra su interés como profesionista y ser humano y sus servicios para resolver los conflictos que se derivan de los acontecimientos durante y después del duelo. La función y propósito del psicólogo es en promover el cambio, buscar la mejor solución posible y que sea funcional y productiva para el paciente.

Los psicólogos necesitan para su tarea conocimientos teóricos y científicos que le permitan tener en cuenta las necesidades que tiene el paciente en el proceso de duelo. Para la comprensión de los pacientes y sus familiares hay que saber sus conceptos y creencias de la muerte. Se debe obtener esa información indispensable de cada miembro para conocerlos como unidad familiar.

El psicólogo debe aportar al paciente terminal y a sus familiares, la mayor comodidad, desahogo, seguridad, y aceptación, por medio del apoyo emocional, empatía y comunicación, respetando sus valores, ideas, libertad y dignidad; en esas circunstancias es muy necesaria la compañía, la escucha y el diálogo entre el psicólogo y sus pacientes.

Los conflictos emocionales que surgen en las etapas de duelo, también tienen un papel determinante no solo en la búsqueda de la salud mental y la estabilidad emocional, sino en la productividad y la investigación en todas las áreas que existen, en el área educativa, social, administrativa, laboral y escolar. La psicología clínica se encarga de la evaluación y el diagnóstico, la intervención o tratamiento, la investigación, la consulta, y la aplicación de principios éticos y profesionales. Al psicólogo se le diferencia por su experiencia en las áreas de la personalidad y la psicopatología y por la combinación que hacen de teoría-práctica.

El enfoque que se tomará para la terapia de duelo es el Gestalt, porque maneja una propuesta de intervención, con base en las ideas y sentimientos del paciente, así como una gama de técnicas para la aceptación del duelo y la pérdida, llevándolo a una integración y aceptación de las circunstancias, para que el paciente sea nuevamente productivo y funcional en su estilo de vida.

El objetivo de la Gestalt es conseguir que el paciente aprenda a cerrar sus asuntos inconclusos desde el Self, asegurado inicialmente por el terapeuta quien se convierte en su Self de apoyo para alcanzar una conducta conveniente, armoniosa y favorecer en el paciente la adquisición de una filosofía de la vida auténtica con la que mejore extensamente su calidad de vida. Esta fase puede extenderse hasta que se logre el proceso de autoapoyo más que la atención en el *insight* o *darse cuenta*, siendo importante llegar a obtener la sensatez entre su conducta, sus pensamientos y sus sentimientos.

4.2 Metodología de la investigación

La metodología de la investigación que se realizará para la siguiente investigación es de modelo mixto o modelo de dos etapas, en este modelo se representa el más alto grado de integración o combinación entre enfoques cualitativo y cuantitativo. Aquí se aplica un enfoque y luego el otro, de manera relativamente independiente, dentro del mismo estudio. Uno precede al otro y los resultados se presentan de manera independiente o en un solo reporte. (Hernández, Baptista, 2003)

La investigación cualitativa se realizó para identificar las técnicas expresivas, supresivas e integrativas que emplea el enfoque Gestalt para el tratamiento de duelo en la familia nuclear, se podían utilizar dependiendo de la información obtenida en el estudio de caso.

La investigación cuantitativa es para conocer si las técnicas expresivas, supresivas e integrativas que emplea el enfoque Gestalt las usan los expertos en su trabajo terapéutico en el manejo de duelo.

4.2.1 Objetivos

Objetivo de la investigación cualitativa

Analizar un caso específico sobre el duelo por la pérdida de un miembro de la familia nuclear para proponer las técnicas Gestalt que ayudarían a resolverlo

Objetivo de la investigación cuantitativa

Conocer a través de una encuesta si las técnicas Gestalt son usadas por los expertos en este tipo de terapia en el manejo de duelo, con preguntas específicas, para darle validez y apoyo a la intervención psicológica de la presente tesis.

4.2.2 Justificación

Al aplicar las técnicas expresivas, supresivas e integrativas que emplea el enfoque Gestalt, en el caso de duelo de la familia Martínez Ortega, estas ayudarán a resolver su situación familiar, y en base a los resultados obtenidos del cuestionario aplicado a los expertos en terapia, éste le dará validez para la aplicación de técnicas vivenciales en el tratamiento de pérdida de un ser querido en la familia nuclear.

4.2.3 Hipótesis de la investigación

Hipótesis cualitativa

Hi: Las técnicas de la terapia Gestalt ayudarán a resolver el caso de duelo de la familia Martínez Ortega.

Ho: Las técnicas de la terapia Gestalt no ayudarán a resolver el caso de duelo de la familia Martínez Ortega.

Hipótesis cuantitativa

Hi: La Gestalt es una herramienta que utiliza el psicólogo en el tratamiento terapéutico para el manejo de duelo.

Ho: La Gestalt es una herramienta que no utiliza el psicólogo en el tratamiento terapéutico para el manejo de duelo.

4.2.4 Procedimiento

Dado que la investigación utilizó un enfoque mixto en lo cualitativo se tomó el caso de la familia Martínez Ortega por la pérdida de la Srita. Alexia Inés Martínez Ortega, donde se especifica los antecedentes familiares, clínicos y el estado emocional actual de cada miembro familiar por el duelo. En lo cuantitativo, se realizó un cuestionario de preguntas de opción múltiple, que fue aplicado a psicólogos que usen las técnicas Gestalt en casos de duelo y pérdida. Se tomó de muestra para la aplicación del cuestionario a treinta y cinco psicólogos con más de cinco años de experiencia en el manejo de técnicas Gestalt. (Ver anexo)

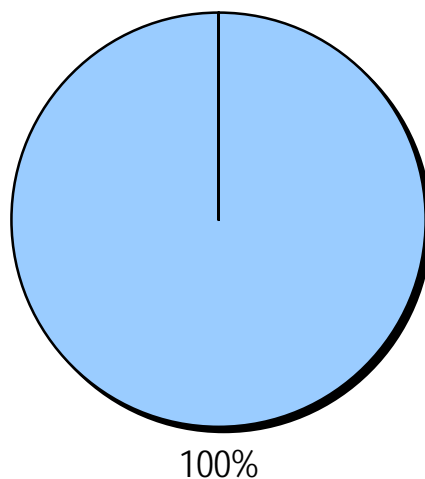
4.2.5 Resultados de la investigación cuantitativa

Los resultados que se obtuvieron a través del cuestionario demostraron que las técnicas expresivas, supresivas e integrativas la terapia Gestalt son las principales herramientas que utiliza el psicólogo en el tratamiento terapéutico de duelo.

La pregunta número 1 trata sobre la experiencia profesional acerca de los casos de duelo que han tratado. El 100% dijo haber tratado con casos de duelo. Han especificado que han tratado el duelo y la pérdida de familiares, infantes, pacientes, amistades, divorcio, laborales, en la salud y sus conflictos que conllevan.

Gráfica #1

Experiencia profesional en el tratamiento de casos de duelo

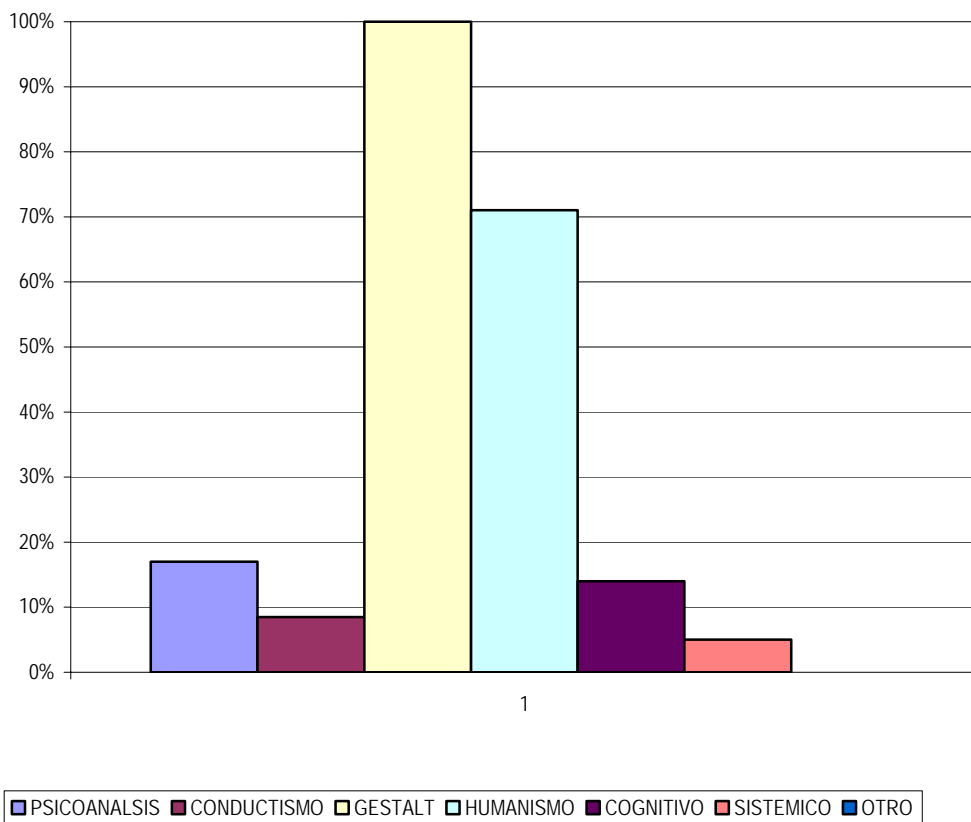


La pregunta número 2 trata sobre que tipos de enfoque psicológico usan para el manejo de duelo por causa de muerte y estos son los resultados:

- El enfoque de Psicoanálisis lo usa el 17 %
- El enfoque de Conductismo lo usa el 8.5%
- El enfoque Gestalt lo usa el 100%
- El enfoque de Humanismo lo usa el 71%
- El enfoque Cognitivo-Conductual lo usa el 14%
- El enfoque Sistémico lo usa el 5%

Gráfica # 2

Enfoques en psicología en el manejo de duelo por causa de muerte

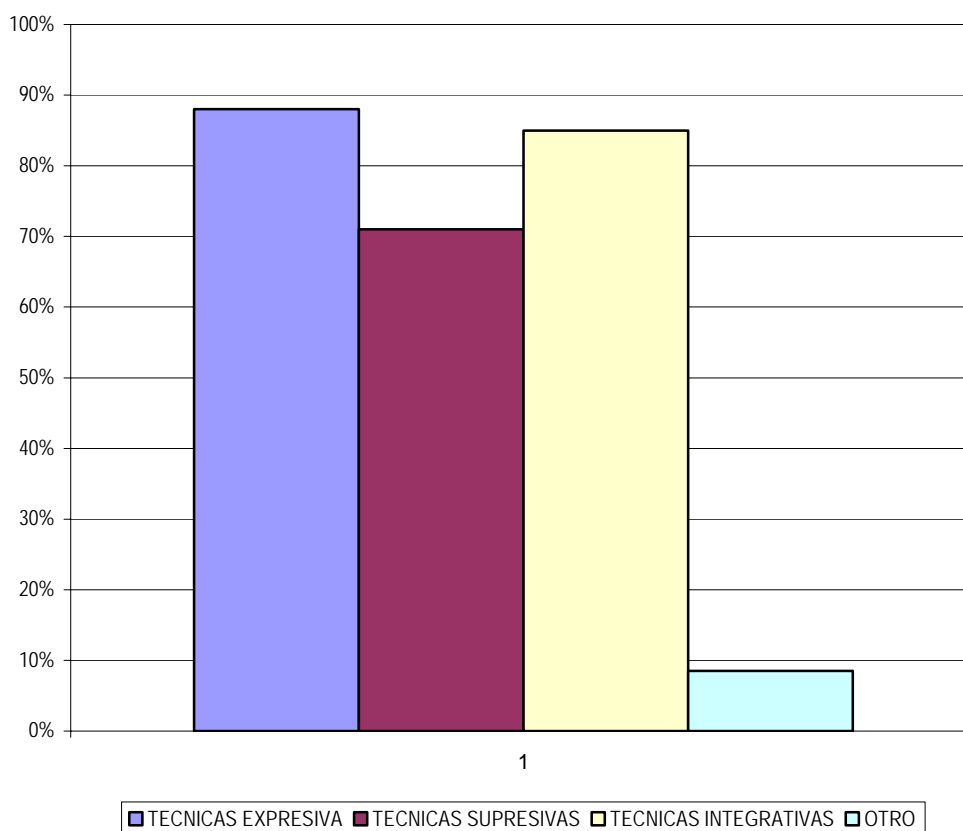


En la pregunta número 3 se preguntó sobre qué técnicas utilizan para el manejo de duelo por causa de muerte y estos son los resultados:

- técnicas expresivas lo usa el 88%
- técnicas supresivas lo usa el 71%
- técnicas integrativas lo usa el 85%
- otras técnicas las usan el 8.5%

Gráfica # 3

Técnicas que utilizan en el manejo de duelo por causa de muerte



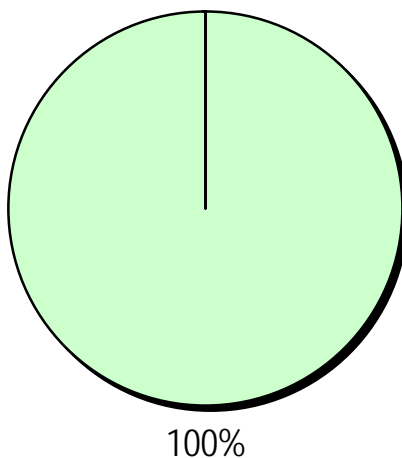
En la pregunta número 4 se cuestionó si consideran que el enfoque Gestalt y sus técnicas son la herramienta principal que se utiliza para el tratamiento tanatológico. El 100% afirmó que el enfoque Gestalt y sus técnicas son de utilidad para el tratamiento tanatológico. Algunas de las razones que dieron son las siguientes: refieren que es una herramienta que ayuda al duelo y la aceptación de la pérdida, una ayuda integral en la solución del duelo, ayuda al paciente a recuperar el estado de ánimo, controla los sentimientos encontrados en el duelo y la pérdida.

Siendo una teoría eficaz para la resolución de los procesos de duelo, ayuda a la reconciliación del ser querido, hace beneficios en la familia, porque el es un enfoque psicológico práctico que lleva a la sanación y a la aceptación del duelo, el enfoque aborda los

trastornos emocionales en las pérdidas, hace que la persona sea responsable de lo que siente, piense y hace, la ayuda a ver a la muerte como parte de un ciclo.

Gráfica # 4

El enfoque Gestalt y sus técnicas son una herramienta para el manejo de duelo



En la pregunta número 5 se pidió que indicaran las técnicas que utilizan para el manejo de duelo por causa de muerte y estos fueron los resultados:

- nada o vacío lo usa el 62%
- debeismos lo usa el 48%
- terminar o completar la expresión lo usa el 54%
- el túnel del tiempo 54%
- la autodescripción y desafío actual del paciente lo usa el 40%
- el archivero lo usa el 42. %
- expresar lo no expresado lo usa el 60%
- actuación lo usa el 5%
- la silla vacía lo usa el 57%
- las polaridades en la terapia lo usa el 42%
- cambio de roles lo usa el 42%
- La dinámica de manejo de duelo lo usa el 82%

- Visualización lo usa el 40%
- pregunta-respuesta lo usa el 68.5%
- otro tipo de técnica lo usa el 8.5%

La conclusión de la encuesta es que el enfoque Gestalt y sus técnicas tienen eficacia y validez para ayudar al manejo de duelo.

4.3 Estudio de caso

Un estudio de caso es un método empleado para estudiar un individuo o una institución en un entorno o situación único y de una forma lo más intensa y detallada posible, a menudo personales. La idea del estudio de caso representa una parte importante de la metodología que los investigadores usan para recabar y diseminar información y estos pueden producir gran cantidad de detalles y entendimiento. Los estudios de caso son una forma única de capturar la información acerca de la conducta humana, fomentan el uso de varias técnicas distintas para obtener la información necesaria, las cuales van desde las observaciones personales hasta las entrevistas de otras personas que podrían conocer el objetivo del estudio de caso hasta los expedientes de escuelas o especialistas de la salud y otras cuestiones. (Sal Kind, 1997)

En esta investigación el caso seleccionado fue el de la familia Martínez Ortega.

En el presente capítulo se mostrará el caso clínico- práctico de la familia Martínez Ortega en donde se tratará la propuesta de intervención de tratamiento terapéutico Gestalt en el duelo por la pérdida de la Srita. Alexia Inés Martínez Ortega. Se explicará tanto la terapia como las técnicas y dinámicas para el apoyo a cada miembro familiar, también se mencionará su conjunto, la intervención y conclusiones.

4.3.1 Descripción del caso

La Srita. Alexia Inés Martínez Ortega era parte de una familia de nivel socioeconómico medio superior, donde los valores religiosos son de gran importancia, sus padres tienen más de 32 años de casados, quienes tuvieron tres hijos. La Srita Alexia era la segunda y única mujer. El padre y el hermano mayor son los proveedores de la familia, mientras la madre es ama de casa y el hermano menor estudia.

El padre de la Srita Alexia, el Sr. Luis Martínez Valverde de 49 años de edad, es ingeniero civil desde hace 26 años, y trabaja en el área de recursos de uso de suelo del municipio de Pachuca, se describe como una persona responsable en su trabajo y con su familia. Es el cuarto hijo de cinco.

Menciona que su historia familiar es muy lamentable porque su familia era muy humilde y tuvo que trabajar con sus hermanos desde muy pequeños para llevar dinero a la casa; su padre fue vendedor de periódicos y albañil, su madre vendedora de periódicos y sirvienta.

La relación con su esposa es rutinaria donde solo convive lo necesario y solo cuando salen a eventos de la escuela de sus hijos o celebraciones de la Iglesia. Cuando la Srita. Alexia empezó con malestares, el tuvo conflictos con su esposa por ver que su hija estaba muy delgada y con dolores en la espalda, recriminándole que no cuidaba bien de sus hijos mientras llevaba el dinero a la casa.

Durante la enfermedad y las ausencias de su esposa, el Sr. Luis le recriminaba que también tenía obligaciones con sus otros hijos y con él, siendo en gran parte la causa de las discusiones, llegando en una ocasión a las agresiones físicas por parte de ambos. Después de

la muerte de la Srita. Alexia la relación con su esposa es más hostil e indiferente. Niega la situación actual y se culpa por no haberle dado mejores cosas a su hija para que se curara.

Con el hijo mayor es con el que más conviva. El Sr. Luis menciona que su hijo era "*su brazo derecho*", que después de haber trabajado en una compañía de teléfonos y terminar sus estudios de Leyes, es el orgullo de la familia. Cuando el joven decidió independizarse, tuvieron una fuerte discusión y terminó corriéndole de la casa. Por las súplicas de su madre olvidó el joven Marcos la idea. Después de la muerte de la Srita. Alexia, el Sr. Luis le recrimina a su hijo cuándo se va a ir de la casa, lo cual originó depresión al joven Marcos y conflictos con su esposa.

Con el más pequeño, Ricardo, convive en ratos, porque el chico lo busca para platicar acerca de cosas de la escuela, en ayuda en sus tareas y en fines de semana al ver partidos de fut-bol. Pero después los eventos y situaciones se vuelven indiferentes.

Su hijo le pregunta que por qué es así, por qué no se puede llevar bien con su mamá y su hermano, el Sr. Luis le dice que está muy chico y no entiende cosas aún de adultos. Siempre le está diciendo que en él están sus "*últimas esperanzas*", ya que es el último de sus hijos.

La relación que tenía con su hija Alexia era cariñosa, siendo más atento con ella, en comparación con los demás hijos, aunque casi no convivía y platicaba con ella. Cuando llegó a la adolescencia esperaba que ella fuera ingeniera como él.

Menciona que la Srita Alexia era muy hábil para las matemáticas y física. En el transcurso de la enfermedad el Sr. Luis evitaba en lo posible contacto con la Srita Alexia, justificando que por los gastos de medicina y estudios necesitaba estar trabajando más para que no se destabilizará la economía familiar, pidiendo horas extras, que originaban que saliera tarde.

Solo después de las cirugías a las que fue sometida la Srita Alexia, el Sr. Luis se presentaba a visitarla, con un comportamiento alegre y cariñoso, aunque se rehusaba a quedarse por largos ratos en el hospital. Después de la muerte de la Srita Alexia, el Sr. Luis se la pasa el mayor tiempo fuera de casa, evitando en la medida de lo posible el contacto familiar.

La hostilidad del Sr. Luis incrementaba cada vez que la Srita Alexia iba decayendo, inclusive tuvo varias fricciones con los médicos y el personal del hospital, y menciona que *"no soportaba ver a su hija enferma y que nadie hiciera nada"*. Tenía pleitos con su esposa por los cuidados y tratamientos dados en el hospital público, se quejaba porque de haber tenido más dinero la hubieran curado en Houston y no hubiera sufrido tanto.

Su actitud frente a la terapia es cooperativa en ratos y se comprometió por las exigencias de los miembros familiares en llegar a una solución. El Sr. Luis es una persona introvertida, agresiva-pasiva, con ideas conservadoras, con necesidad de reconocimiento.

La Sra. Claudia Ortega Menchaca, de 45 años de edad, ama de casa, tiene estudios de nivel preparatoria, es la segunda hija de cuatro hermanas. En cuanto a la historia familiar de la Sra. Claudia proviene de una familia clase media, donde los valores religiosos son predominantes.

Su padre era telegrafista y su madre secretaria en el mismo lugar de trabajo. La madre era de la congregación de San Francisco de Asís, en donde ella era parte activa, después de casada dejó dicha actividad. Los padres con ideas conservadoras y religiosas transmitieron las ideas hacia sus cuatro hijas, y esto provocó que no pudieran estudiar más.

La primera hija se quedó soltera al cuidado de los padres. Menciona la Sra. Claudia que la vida que le dieron sus padres era buena, que ninguna de sus hermanas se había quejado, aunque tuvo decepciones porque ella quería ser médico, se recrimina no haber sido más entusiasta cuando era joven y poder ayudar más a su hija. Aún visita a sus padres que radican en la misma ciudad. La Srita Alexia era muy querida por parte de sus abuelos maternos a los que cada quince días visitaba antes de que enfermara.

La Sra. Claudia es una persona de carácter pasivo, pero muy influyente en sus hijos, tiene necesidades afectivas y de seguridad, porque busca siempre la aceptación y la comparación con otros, aunque reprime su agresividad y ansiedad en la religión, mencionando que merece todo lo que pasa por que Dios lo manda y debe soportar.

La relación con su esposo es indiferente y agresiva por parte de ella. La Sra. Claudia menciona que antes no era así su matrimonio, que ha cambiado mucho desde que le detectaron hipotiroidismo e hipertensión* hace 11 años, limitándole en muchas actividades. Menciona que tenía buena figura y por causa de los embarazos y su padecimiento, subió de peso, lo que ocasionó el rechazo por parte de su esposo.

Los problemas de pareja fueron incrementando porque hace seis años ella se percató de la infidelidad de su esposo y la próxima ruptura conyugal, ella justifica que lo perdonó por sus hijos y por tratar de conservar la familia, pero aún duda de su esposo, por eso le rechaza. Los pleitos entre ellos son por problemas domésticos; los hijos son negociantes y conciliadores para poder sobre llevar la situación de pareja.

Con su hijo mayor la relación es más cariñosa, en él se refugia y se siente segura. Su hijo la comprende y se deprime por el trato que le tiene su padre. El antes ayudaba a que los

*Hipotiroidismo es una deficiencia glandular de la tiroides. Hipertensión es un aumento de la tensión arterial que causa trastornos cardíacos.

problemas en la casa fueran más tranquilos, pero el joven al querer independizarse, siente culpas, porque la Sra. Claudia se queja de la situación en la casa y que sin su ayuda y compañía no podría. La Sra. Claudia es muy controladora del tiempo y actividades de su hijo, que cualquier situación que ella considera le regaña y le compara con el padre. La Sra. Claudia ha creado una dependencia emocional en su hijo mayor para poder enfrentar los problemas con su esposo.

Con el menor de sus hijos es con el que más convive en todo el día, le lleva a la escuela y pasa por él, con él come y pasa la tarde viendo televisión y ayudándole en tareas escolares, él colabora con los quehaceres de la casa. Considera al menor como un chico muy maduro porque siente un gran apoyo. La Sra. Claudia menciona que no sabe qué va ser de su vida después que su último hijo se case, esto le provoca angustia, aunque siempre ella le recuerda que no se olvide de su madre.

La Sra. Claudia menciona que la relación con su hija Alexia era la más profunda porque realmente le entendía y comprendía, que fue además de ser una buena hija era su mejor amiga. Cuando supo que tendría una niña fue una gran alegría e ilusión para ella, que desde muy chiquita le tomó un gran cariño.

Cuando la Sra. Claudia veía que su hija empezaba con el dolor de espalda y de piernas, le atendía dándole masajes, explicándole que era normal a su edad porque estaba creciendo, cuando más adelante la Srita. Alexia mostraba fuertes dolores del cuello y la sensación de adormecimiento en su brazo izquierdo, la Sra. Claudia la llevó al centro de salud para que el médico le revisara. El médico le dijo que su hija tenía que verla un traumatólogo porque parecía ser de un proceso reumático, pero ella no tomó muy en serio el consejo del médico, pero la llevó a la consulta. Ahí le dijeron que tenía que ser operada porque había un aplastamiento de las vértebras cervicales.

Tomo el diagnóstico con serenidad y le explicó a su hija que no debería temer, porque su familia y sobretodo ella, estarían todo el tiempo a su lado.

A la Srita Alexia le pusieron un aparato para fijarle el cuello y tenérselo en tracción, cada ocho horas le colgaban una pesa de 500 gramos, pero a pesar de la tracción empezaba a perder movilidad en su brazo izquierdo y las piernas. La Sra. Claudia menciona que se contenía las ganas de llorar para no hacerle más difíciles las cosas a su hija. Cuando su hija fue intervenida, la Sra. Claudia fue la única que estuvo todo el tiempo en el hospital hasta que la llevaron a la cama. Menciona que le pedía a la Virgen que todo saliera bien, a cambio de una manda. Siempre trataba que su hija estuviera lo más cómoda y aseada posible haciéndole lo más cómoda posible la estancia en el hospital, haciéndole bromas, platicándole cosas de revistas y del periódico. A petición de sus amigas y compañeras de la escuela la Sra. Claudia las llevó a que la visitaran dándole alegría y entusiasmo a su hija.

Cuando se recuperó la Srita Alexia fue de gran alivio para la Sra. Claudia por saber que el mal que aquejaba a su hija había sido resuelto y que ese mal rato terminaba. Menciona que solo *"una pequeña prueba que le hacía Dios a su hija"* para lo que más adelante pasó, para que su buena hija *"alcanzara la gloria"*.

A los pocos días de haber sido dada de alta, la Srita Alexia se da cuenta de su torpe andar, la Sra. Claudia se angustió muchísimo. La falta de movilidad empezó a incrementar en muy pocos días. Una tarde cuando la Srita Alexia no podía controlar la rigidez de sus piernas, la llevó a urgencias del Centro Médico y trató de localizar a su esposo e hijo que fueran a alcanzarla. Recuerda con gran angustia esos días, que cada rato le *"pasan"* por la mente donde los médicos de urgencias canalizaron a la Srita Alexia con un neurocirujano.

La Sra. Claudia menciona que se le "*cayó el mundo*" cuando fue confirmado el diagnóstico de que su hija tenía un tumor que no había sido detectado en la operación anterior, por lo que era necesario operarla urgentemente. La Sra. Claudia menciona que su esposo y ella se dieron apoyo y comprensión que hace tiempo no habían tenido cuando estaban orando en la capilla del hospital.

Al ver desgastándose de su salud a su hija, la Sra. Claudia menciona que no perdía la fe y la esperanza de que la Virgen hiciera algo por el sufrimiento de Alexia, cuando fue desahuciada por los médicos, la Sra. claudia se sentía con una gran culpa y coraje hacia ella por lo que estaba pasándole a su hija, aunque menciona que lo bonito que le dio su hija en su enfermedad es que toda la familia estaba unida.

La depresión que tiene la Sra. Claudia es un factor de tensión emocional, además del duelo por la enfermedad y muerte de su única hija, la situación familiar se está saliendo de control, sintiéndose ella desvalorada e incomprendida. Ella es el principal miembro de la familia que busca ayuda terapéutica para todos; se muestra cooperativa, de buen humor y disposición, exigiendo a su esposo e hijos el que vayan a todas las sesiones terapéuticas mencionándoles que es lo que pueden hacer por Alexia para que esté descansando en paz.

El joven Marcos Martínez Ortega tiene 24 años de edad, Licenciado en Leyes recientemente, hijo mayor de 3 hermanos, considera que su vida es tranquila y busca sobresalir en sus estudios. Se considera una persona muy social, porque tiene muchas amistades y gente que le conoce. Su niñez fue tranquila y feliz, sus padres le proporcionaban todas las necesidades y exigencias, practicaba deportes y participó en competencias logrando buenos lugares y reconocimientos. Desde que nació su hermana y su hermano, el tuvo que tomar el rol de ejemplo para ellos y eso le molestaba porque por cualquier travesura o problema que provocaba, le recriminaban la posición del hermano mayor.

El joven Marcos es una persona muy tranquila y extrovertida, se lleva bien con su madre y sus hermanos. La mamá es una imagen dominante y de autoridad hacia él. Desde el fallecimiento de su hermana Alexia, menciona que se deprime y que está cansado de la tensión familiar, aunque busca su independencia, la necesidad de dejar el núcleo familiar es un factor determinante para llevar sus metas personales.

La relación con su padre, era antes muy cariñosa, convivía mucho con él. Su padre siempre mencionaba que era el más importante de sus hijos y que él debía llegar a obtener grandes metas y logros.

El papá le exhortaba en las prácticas deportivas y escolares acompañándolo a los entrenamientos. Siempre le tenía obsequios y paseos, aunque pocas ocasiones recuerda el joven Marcos que saliera con su madre, solo hasta que sus demás hermanos eran más grandes. Cuando decidió estudiar Leyes, su papá no lo tomó con mucho agrado, pero le apoyó e inclusive le compró un automóvil para ir a la universidad, aún quedando relativamente cerca de su domicilio.

La relación con su padre cambió considerablemente cuando hace seis años su padre tenía otra relación, se deprimía por los pleitos de sus papás, y por un tiempo decidió no dirigirle la palabra y dejó los eventos deportivos. Después de que su papá habló con él explicándole que la relación fue pasajera, se sintió mejor con el y lo perdonó. Después de eso, tenía siempre discusiones con su padre acerca de cómo era el trato con su mamá. Cuando decidió dejar la casa e independizarse tuvo una fuerte discusión con su padre, recriminándole de su actitud y de ser un hijo malo y malagradecido, que terminó en agresiones verbales y físicas. La intervención de la madre, tranquilizó todo.

Durante la enfermedad de su hermana Alexia, el joven Marcos tenía muchos conflictos con su padre acerca de cómo organizar los tiempos de cada miembro familiar para cuidar a su hermana y las actividades caseras, reprochándole el padre cuando se iría de la casa y que solo tenía dos hijos, comentarios que al joven Marcos molestaban y deprimían. Solo recuerda los momentos cuando su padre era *"bueno"* y espera que las sesiones terapéuticas ayuden a que mejore la relación con él.

La relación con su madre es afectiva y comprensiva. Recuerda en su niñez las atenciones y cariños que le proporcionaba, inclusive menciona que era *"demasiado cariñosa"* que le apenaba que lo hiciera en público. Describe a su mamá la como *"la mujer más importante de su vida"*. La convivencia con su madre era muy cercana hasta que nació su hermana Alexia, pues las atenciones se centraron más en su hermana y esto hizo más fuerte la relación con su padre. Él apoyó mucho a su madre cuando se presentó el problema de infidelidad del papá, se molestó mucho y trató de estar más tiempo conviviendo con sus hermanos.

Menciona que conoció muchas cosas de la personalidad de su madre que él desconocía, como su niñez, sus gustos y sus deseos, y se sorprendió de todo el tiempo que no había tomado en cuenta a su madre. Él asumió los roles de interventor cuando había discusiones, aún siendo muy joven le tomaban en consideración porque él representaba a su hermanos. Menciona que desde ese momento su madre lo usaba de *"escudo"* en los problemas que tenía con su padre, generando en él el resentimiento hacia su padre.

Durante la enfermedad de su hermana Alexia él platicaba con su madre y dejaba que le dijera todo lo que sucedía en el hospital y la situación personal tanto de su hermana como de ella, él se deprimía, pero tomó una actitud más tranquila para poder apoyar a su mamá emocionalmente.

Después de la muerte de su hermana se percata de la depresión de su mamá y de su hermano y el incremento de los problemas con su padre, busca el apoyo psicológico y hace que primero su mamá tome terapias, después propone que sean terapias familiares. Con su hermano menor su relación es buena, porque convive mucho con él y platican acerca de música, grupos, deportes y le da consejos. Desde que era muy pequeño procura cuidar y guiar a su hermano para que no tenga problemas. Le ayuda con los trabajos de la escuela y van a jugar fut bol y salen a divertirse de vez en cuando. Está con su hermano todo el tiempo que puede porque con los estudios y su trabajo, ya no puede convivir como antes.

Menciona que después de la muerte de su hermana Alexia trata de levantarle el ánimo y hacer actividades recreativas para que pasen un buen rato aunque sea por ese momento. Le preocupa su hermano y le hace estudios clínicos para valorar su estado de salud general. Considera que por esta situación de la muerte de su hermana, su pequeño hermano no debe pasar triste su vida, por eso buscó ayuda psicológica para que salga pronto del duelo.

La relación con su hermana Alexia era muy cercana, porque menciona que era ella *"la chispa de la casa"*. Platicaba con su hermana acerca de amistades y sueños. Recuerda que su hermana y él hacían planes acerca de negocios, viajes, amistades y metas. Tenían discusiones por tener que compartir cosas, pero siempre ella le ganaba. Cuando enfermó el trataba de hacerla sentir cómoda, haciéndole chistes, comprándole cosméticos y revistas juveniles, pero con el tiempo al ver como se desgastaba físicamente no soportaba verla así y empezó a dejar de ir a visitarla, buscado más actividades laborales justificando que tenia que llevar dinero para las medicinas y los estudios para Alexia.

Aunque su hermana deseaba verle él solo estaba unos momentos y esperaba fuera del área de camas. Cuando fallece su hermana le queda la culpa de no haber sido más cariñoso y

valiente para con su hermana y lamenta todo lo sucedido renegando de que su vida en y su familia estaba todo bien y que lo que le pasó a su hermana Alexia no lo merecía.

La depresión del joven Marcos es por el duelo de la enfermedad y muerte de su hermana Alexia, se siente culpable por no haber estado con ella en esos momentos tan difíciles, aunque niega aún la realidad de la situación actual, busca la unión y el apoyo familiar para estabilizar las emociones de cada miembro. Esto ha afectado su desempeño laboral como su salud somatizando la depresión y el estrés en cólicos y cefaleas. Buscó la ayuda terapéutica al principio para su madre, accediendo después a la terapia tanto individual como familiar, mostrando interés y compromiso para poder salir de la depresión y como menciona "*retomar nuevamente su vida de antes*".

El más pequeño de la familia es el joven Ricardo Martínez Ortega de 12 años de edad, cursa el 6° grado de primaria, buen estudiante, cuida a su madre y a su hermano mayor Marcos, gusta de la lectura y los deportes, en especial del fut bol y base ball. Menciona que es una persona respetuosa de los demás y trata de no cuasar problemas tanto en la escuela como en casa. Es cooperativo en las labores hogareñas.

Menciona que su niñez ha sido muy grata, con el cariño de sus padres y hermanos, solo hasta ahora que no está más su hermana. Debido a que es el más pequeño de los tres hermanos, señala que nunca lo consideran para las decisiones familiares, él se siente aislado y desvalorado por ser el más joven. Trata siempre de estar de buen humor y pasar buenos ratos en compañía de sus amigos.

Desde la muerte de su hermana se deprime y falta mucho a clases, evitando hacer sus tareas. La madre ha recibido quejas por parte de los maestros ya que se distrae en clases y se

pelea con sus compañeros. Menciona Ricardo que no quiere llorarle a su hermana porque ya es grande y no quiere hacer sentir mal a su mamá y a su hermana que está en el cielo.

La relación con su padre es buena porque es con el que más convive de toda la familia, le ayuda a sus tareas cuando tiene el humor de hacerlo. Los fines de semana ven la televisión y partidos de fut bol. Trata de simpatizar con su papá, buscando temas de conversación, y dándole atenciones y detalles, pero al no sentir recíprocamente el afecto se deprime. Cuando nota que su padre está enojado no lo molesta, esto por consejo de su mamá, ya que el papá se pone grosero con él y empiezan las discusiones. Menciona que su papá siempre está enojado con todos, pero cuando no lo está es *"el mejor papá del mundo"*.

El papá lo premia cuando trae buenas calificaciones y si obtiene buen promedio, le promete llevarlo a lugares de su agrado. Comenta Ricardo que eso en realidad no es de su agrado porque su papá siempre hacía comparaciones con su hermana y que él nunca buscaba competir con ella.

Recuerda que hace poco el papá le comentó que ahora que ya no estaba Alexia, ya no tendría competencia para escoger el lugar para pasear. Esto molestó y deprimió al niño Ricardo, pues pensó que ya no le importa salir si ya no está su hermana para que escoja el lugar.

Ricardo espera que su papá cambie con su mamá porque no le gusta el trato que le da a ella, pues la mamá le comenta todas las situaciones que le hace pasar, diciendo que quiere que su papá ya no venga a la casa. Señala que cuando falleció su hermana y al ver las discusiones que tenía su papá con su mamá y con su hermano le gritó a su papá ojalá se hubiera muerto él en vez de Alexia, y al ver a su papá llorar le pidió disculpas y éste lo abrazó pidiéndole disculpas a él también y desde ahí se siente con culpa, y cuando hay

discusiones entre sus papás opta por encerrarse en su cuarto o salirse a la calle. Ricardo al querer platicar con su papá acerca de los problemas con su mamá y de la muerte de su hermana, solo le dice que es muy chico y que no entendería, esto el provoca enojo y frustración. También se molesta mucho con el papá y cuando discute con su hermano Marcos y lo corre de la casa. Aunque él justifica la actitud del papá por el trabajo, menciona que siempre lo escucha quejarse por el dinero.

La relación del niño Ricardo con su mamá es de mucho apegado, porque él es el que más convive con ella. Menciona que en la hora de la comida ven la televisión y platican de sus actividades del día, también su hermana Alexia estaba en ese tiempo, escucha los comentarios de su madre acerca de cómo era antes cuando estaba Alexia sentada a la hora de la comida, haciéndole más estresante pasar la tarde.

Ricardo considera a su mamá como la *"mejor del mundo"* porque siempre está pendiente de él. Siempre es cariñosa y le premia por solo el hecho de quererlo hacer. A su hermana Alexia y a él los llevaba a la Iglesia para que platicaran con el sacerdote y rezaran por todos los niños que no tenían papás y que no tenían casa.

Siempre le ayudaba hacer sus tareas y se divierte con ella al hacer proyectos escolares, dice que su mamá sabe hacer muchas cosas artísticas. Durante las ausencias de la mamá por quedarse a cuidar a su hermana él se iba con sus abuelitos a comer y después se regresaba en la tarde para esperar a su papá y a su hermano. Al día siguiente veía a su mamá siempre alegre y le preguntaba por su hermana Alexia. Ella comentaba que estaba mejor, que le mandaba saludos y que el fin de semana la iría a ver. Con el avance de la enfermedad de su hermana y él al darse cuenta del deterioro que sufría, le preguntaba a su mamá, ésta le decía que era por las operaciones y la comida del hospital, pero que no era por ella nada por lo que

él debía preocuparse y que le daba las gracias por ser un niño tan maduro y comprensivo por apoyarla en el cuidado de su hermana.

Cuando le dijo su mamá que su hermana se iba a morir él no le creyó, menciona que nunca vio triste ni preocupada a su mamá y que pensaba que su hermana estaba enferma pero no de algo que iba a morir, se angustió mucho y fue al hospital a despedirse de su hermana, sin entender lo que le había ocurrido. Ricardo creyó que su hermana Alexia había muerto por no caminar y no por el cáncer.

Después de la muerte de su hermana, la mamá lo llevó con un sacerdote para que lo ubicara en que su hermana estaba en el cielo, pero aún así tenía dudas y comentarios a los que su mamá siempre le contestó explicándole que lo importante era que debía cuidarse mucho y que rezara para que su hermana descansara en paz.

Dándole esto angustia y miedo que dejó gran parte sus actividades deportivas, por el miedo de que le pasara algo en las piernas o en la espalda. El niño Ricardo lo que quiere es que su mamá ya no esté llorando ni triste por su hermana, aunque la abraza y está con ella siente frustración porque no sabe qué decirle ni qué hacer para que ya no esté deprimida.

La relación con su hermano Marcos es buena porque sale mucho con él cuando tiene tiempo, platican de temas afines, Ricardo menciona que su hermano se preocupa mucho por él y siempre está pendiente de las cosas que necesita. Su hermano le explicó lo que le había pasado a su hermana y por qué se murió. Cuando él se siente muy triste espera que su hermano llegue a casa para platicar, pues se siente apoyado y escuchado. Su hermano Marcos lo tranquiliza y le dice que ahora que solo quedan los hombres de la casa deben cuidar a su mamá y la casa, y que le tiene que ayudar para lograr esto.

Ricardo comenta que su hermano es muy bueno con él y que espera ser grande para poder hacer mas cosas juntos. Cuando supo que su hermano quería irse de la casa se angustió mucho, aunque su hermano Marcos lo tranquilizaba diciéndole que lo visitaría, no le parecía eso. Cuando supo que no se iría su hermano Marcos por la muerte de su hermana se sintió seguro. Tomó con buena disposición cuando su hermano le dijo que tenía que ir con el psicólogo para que se sintiera mejor y que tenía que cooperar para que toda la familia volviera a ser como la de antes.

La relación de Ricardo con Alexia fue muy cercana, fue su compañera de juegos por la similitud de edades, pasaban todo el tiempo en las actividades tanto escolares como hogareñas. Recuerda que hermana Alexia siempre lo cuidaba en la escuela y en la calle, siempre estaba al pendiente de él. Discutían y pelaban de vez en cuando por juguetes, dulces, programas de televisión, pero nunca llegaron a los golpes Ricardo menciona que era "*niña*" y que quería y respetaba mucho a su hermana.

Señala que cuando creció ya casi no jugaba con él porque siempre estaba con sus amigas o hablando por teléfono, y que en la escuela no le hacía caso, hasta que su mamá le explicó que su hermana era ya adolescente. Menciona que Alexia era muy bromista y que él caía en sus bromas, aunque sabía algunas ocasiones qué le iba a decir su hermana, él no le decía nada porque así se divertían.

Era cariñosa y atenta con él por ser el más pequeño de sus hermanos y lo llevaba en algunas ocasiones con sus amigas cuando salía, aunque se aburría y no le gustaba que "*lo vieran con tantas niñas*". Pero le gustaba convivir con su hermana de esa manera porque se sentía "*grande*" al salir ellos solos con otras personas. Cuando se enteró que su hermana sentía que le dolían los brazos y las piernas pensaba que era por el ejercicio, después su mamá le dijo que era porque su hermana estaba creciendo y que eso era normal. Antes de

irse al hospital su hermana le dijo que no se preocupara por ella y que ahora que estaba operada le tenía que atender. Ricardo no lo tomó como algo importante y esperó a que su hermana regresara a casa.

Después de la operación, él se percataba que su hermana caminaba *"raro"* y que se le caían las cosas, Alexia negaba esto para no causarles más angustia a sus papás, y le pidió a su hermano que no inventara cosas que no eran. Ricardo avisó después a su mamá que Alexia se había caído en las escaleras de la escuela, ella comentó que no se había caído sino resbalado por estar los escalones mojados. Ricardo recuerda que le preguntó a su hermana que por qué decía otras cosas que no eran y ella le pidió que no dijera nada para que sus papás no estuvieran preocupados, diciéndole que era por la operación que se sentía así pero que después se le quitaría.

El niño Ricardo recuerda el día en que su hermana en la casa lloraba cuando no podía caminar y su mamá junto con él la llevaron al hospital, le agarraba la mano izquierda y la sentía dura, fría y que no la podía mover. Alexia se angustió mucho. Él se quedó solo en la sala de espera hasta que llegó su hermano y lo tranquilizó, después llegó el papá y esperaron que saliera la mamá y les comunicara sobre la condición de Alexia.

Recuerda que salió su mamá y llamó a su papá y su hermano se quedó con él y después llamó a su hermano y le dijo a él que esperara. Después se acercó su mamá y lo tranquilizó diciéndole lo que le había pasado a Alexia era por la operación pero que no era grave. Ricardo menciona que aunque le dijeron sus papás y su hermano que no era de alarmarse, los veía y sentía miedo y angustia por su hermana.

Pocas fueron las ocasiones que Ricardo pudo ver a su hermana Alexia en el hospital, porque su mamá no dejaba que subiera a verla, diciéndole que no dejaban entrar casi a los

niños en los cuartos de los pacientes. Menciona que se daba cuenta que unos niños entraban mucho a los pisos del hospital y él le comentaba esto a su mamá, y ella le decía que iban a otro lugar y no a donde estaba su hermana. Las veces que pudo ver a su hermana en el hospital fueron breves, solo la saludaba y le preguntaba qué tenía y cuándo regresaría a la casa. Alexia trató siempre trato de estar en buena condición para recibir a su hermano menor, aunque ella se quejó del poco tiempo que vio a su hermano, la mamá le decía que no podía estar tanto tiempo dentro del hospital.

Cuando fallece su hermana pensó que era otra persona la que había fallecido, porque tenía la idea que no podía haber muerto por las operaciones, recuerda que le decía a su papá y a su mamá que solo era dolores en las piernas y en el brazo izquierdo, cómo era posible que se hubiera muerto, como respuesta le decían que su hermana era tan buena niña que Dios se la había llevado para él. El niño Ricardo nunca comprendió esta respuesta por parte de sus padres.

El niño Ricardo está deprimido por la muerte de su hermana Alexia y tiene la necesidad de contacto por con sus padres, se siente incomprendido y no ser tomado en cuenta, desconoce aún las verdaderas causas del fallecimiento de su hermana. Esto le provoca enojo hacia él mismo y hacia los demás. Solo busca que nadie en su familia esté triste y que su papá esté más tiempo con él, sin que discuta con su mamá y su hermano.

Los problemas familiares empezaron durante la enfermedad y muerte de la Srita Alexia, el trato familiar comenzó a ser más hostil sobre todo entre los padres. Los problemas iniciaron siendo de índole económico, por gastos en medicamentos, estudios médicos y consultas privadas.

4.3.2 Datos del caso

Se darán características y datos importantes de la familia Martínez Ortega para su historial clínico.

4.3.3 Motivo de consulta

La Familia Martínez Ortega busca la estabilidad emocional por la pérdida de la Srita. Alexia Inés Martínez Ortega y la Integración familiar de cada uno de sus miembros para ser una familia funcional.

4.3.4 Situación Familiar

La familia Martínez Ortega, se siente desesperada al no poder controlar su angustia y depresión por la muerte de la Srita Alexia. Manejan una dinámica familiar hostil, con falta de interés en los sentimientos y pensamientos de cada miembro familiar. El aislamiento es un factor que se incrementa más en cada miembro familiar, provocando que la depresión a nivel personal tenga consecuencias en sus actividades cotidianas y de salud; algunos miembros familiares presentan cuadros somáticos significativos.

4.4 Antecedentes

Datos del paciente

Nombre: Alexia Inés Martínez Ortega

Edad: 14 años

Sexo: femenino

Estado civil: soltera

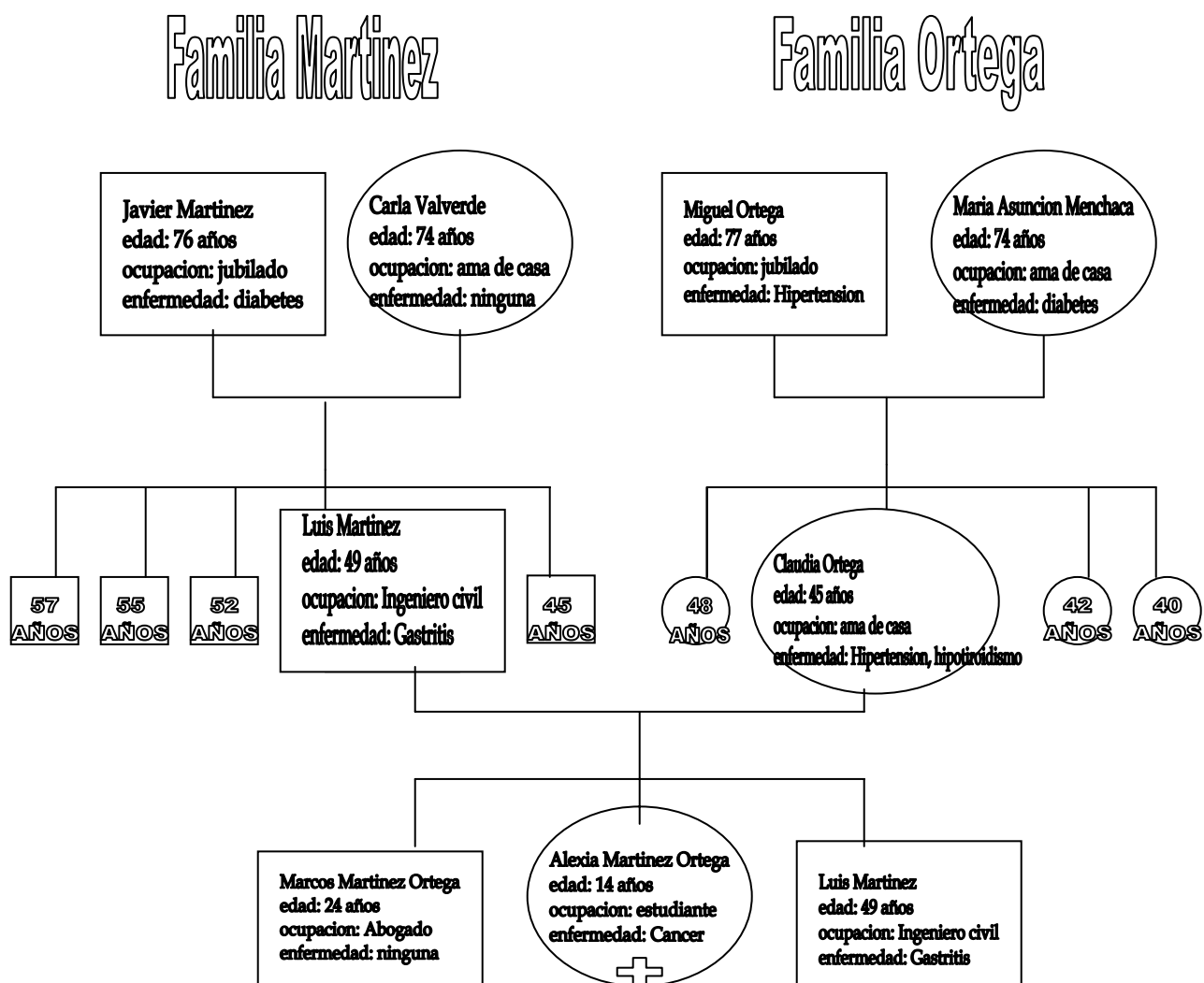
Fecha de nacimiento: 3 de agosto de 1990

Lugar de nacimiento: Pachuca, Hidalgo

Escolaridad: secundaria

Fuente de referencia: Claudia Ortega Menchaca (madre)

Familiograma



Como antecedentes importantes se puede mencionar que los abuelos paternos y maternos son diabéticos e hipertensos, actualmente vivos y con control de sus enfermedades. Padre de 49 años de edad, con gastritis producida por estrés y tratada médicamente. Madre de 45 años de edad con hipertensión arterial, hipotiroidismo, obesidad con estados de angustia, nerviosismo e insomnio, controlada médicamente. Dos hermanos aparentemente sanos.

La hermana fallecida proviene del segundo embarazo, control prenatal, parto normal, sin antecedentes al nacimiento. Padece enfermedades propias de la infancia, esquema de vacunas completo; menarca a los 11 años con dolor premenstrual con un ritmo de 3 días cada 28 del mes, núbil. Inicio de su enfermedad a la edad de 14 años con dolor de cuello, de espalda y piernas, con dificultad en el movimiento del brazo izquierdo acompañada de dolor, debilidad y adormecimiento, por lo cual la madre al notar más fuerte el dolor la lleva al médico y éste le sugiere que la vea un especialista en traumatología porque se pensaba que tenía un cuadro de fiebre reumática.

Le hacen radiografías y en éstas se aprecia un aplastamiento de las vértebras cervicales por lo que se toma la decisión de intervenirla quirúrgicamente. Se le advierte a los padres y a ella que tiene que estar en tracción boca arriba inmóvil porque cualquier movimiento puede producirle una parálisis total, se da de alta y a la semana siguiente se le hicieron una serie de pruebas y entre ellas exámenes de laboratorio, radiografías y exámenes especializados.

Ya entrando en su casa aparentemente estaba mejorando y casi al cumplir el mes de haber sido operada por primera vez empezó sentirse torpe para andar y su falta de movilidad empezó a ser más aguda y el dolor se hizo más intenso, por lo que sus padres se alarman y la llevan a urgencias.

Ahí la valora un neurocirujano, el cual mediante exámenes especializados, le diagnostica un tumor el cual no fue detectado en la operación pasada, por lo cual Srita Alexia es programada para ir al quirófano. Se extirpa solo una parte del tumor y se manda con el patólogo, el cual manda decir que es un tumor maligno y es el Sarcoma de Ewing*

-
- Cualquier dolor persistente y progresivo del tronco o extremidades, sobre todo se acompaña de una masa, debe considerarse por un tumor óseo, mientras no se demuestre lo contrario. El tratamiento sintomático de un dolor en las articulaciones o en una de las extremidades sin estudio radiológico es obligado a sospechar de un tumor. Los factores inmunológicos del paciente y el tumor desempeña un papel importante en las lesiones malignas; la incompetencia del sistema inmunológico en pacientes con sarcomas es una correlación entre el grado de depresión general de la capacidad de respuesta inmunológica y la evolución de la enfermedad. Como

Por la urgencia del caso se decide darle quimioterapia y radio terapia, se le explica que el tratamiento tendrá molestias, mareos, vómitos, baja de defensas y la pérdida del cabello. El tratamiento de la quimioterapia le será molesto, además se le puso una inmovilización sobretodo al nivel del cuello, presentando una inflamación de las venas por el mismo tratamiento.

A pesar de su tratamiento la sintomatología se agravó sobre todo el dolor y la parálisis que presentaba, se le hicieron llagas atrás en la cabeza y de la cadera, las cuales se infectaron y tenían que hacerle lavados quirúrgicos, por lo cual la infección que tenía se fue agudizando y se produjo una septicemia severa que le produjo la muerte.

4.5 Mecanismos de defensa

La familia Martínez Ortega maneja tanto en su dinámica personal como de grupo los siguientes mecanismos de defensa:

La resistencia que manejan por evitar hablar de la enfermedad y muerte de la Srta Alexia, incrementan su depresión y agresión ante los miembros familiares, estos terminan en pleitos por acciones que no fueron consideradas durante el padecimiento de la enfermedad de la Srta Alexia, lo que provoca aislamiento de cada miembro familiar.

diagnostico se toman en cuanta las radiografías, los rayos X ayudan básicamente a determinar la localización de un tumor como el caso que se esta manejando. En niños y adolescentes predominan los tumores óseos primarios, porque en los adultos la frecuencia es de tumores pero de origen metastáticos. Deben llevar exploraciones del esqueleto y de diversos huesos con radioisótopos. La biopsia es esencial para el diagnostico; debe de efectuarse después de una valoración medica completa del paciente. Este tumor es sensible a las radiaciones, la frecuencia que se presenta es entre los 10 y los 20 años, puede estar afectando cualquier hueso. Los síntomas mas frecuentes son el dolor y la hinchazón; este tumor tiende a extenderse a todo el hueso, produce destrucción del hueso y el aspecto del hueso parece la piel de una cebolla. Como tratamiento la radioterapia esta indicada y la quimioterapia; pero como se trata de un tumor raro no hay todavía un régimen medicamentoso preferido. Dr. Robert Berkow [El Manual Merck](#) p 1148 a 1150

La proyección de su angustia y la depresión que tiene en la familia Martínez Ortega, en especial los padres donde sienten culpa por no haber podido hacer más por ella. Tienen discusiones acerca de su relación de pareja y por la enfermedad y muerte de Alexia.

También los hermanos, desde la muerte de su hermana Alexia, han tenido problemas en sus actividades cotidianas. El mayor discute mucho y se desespera en su trabajo y el menor tiene altercados con sus compañeros de la escuela. La madre y el hermano menor presentan confluencia, pues mencionan que el alma de la Srita. Alexia está por momentos en la casa, dejan sus pertenencias como ella las había dejado, ponen la música que ella escuchaba, inclusive colocando su lugar en la mesa a la hora de comer. Cuando el padre critica todas estas acciones, se sienten deprimidos y molestos, en especial la madre.

El padre mediante la desesibilización, trata de llevar el duelo y la dinámica con cada miembro familiar, trata de evadir cualquier situación referente a su hija Alexia, evitando platicar y de hablar de sus sentimientos e ideas, los hijos se han acercado a él para sentir apoyo, pero el padre los evita, se enoja y además pasa largos ratos fuera de casa, donde duerme mucho y se siente siempre fatigado.

La retroreflexión se encuentra en todos los miembros de la familia Martínez Ortega, pues persiste la falta de apetito, cansancio, apatía, insomnio, gastritis y estados de angustia y desesperación. Causa de esto es la fijación que tienen por la reciente pérdida de la Srita. Alexia, aún niegan su situación actual, lo cual les provoca mucha tensión, culpas, enojo y depresión, sin saber cómo poder sentirse mejor.

Se maneja deflexión en la dinámica familiar porque cada miembro trata de evitar el compartir sus sentimientos, evadiendo manifestar sus emociones a los demás, para evitar que

haya un ambiente deprimente, aunque por estas acciones hay mucha tensión en el trato social, mostrando pleitos y discusiones por motivos muy simples y sin gran importancia.

4.6 Red de apoyo

El joven Marcos Martínez Ortega es quien busca el apoyo para empezar el tratamiento psicológico para su mamá, después deciden que toda la familia debe tomar terapia para poder recobrar la estabilidad emocional, en especial la Sra. Claudia Ortega es la que presiona e insiste más para que todos acudan. El Sr. Luis Martínez es el más renuente al querer participar en la terapia, pero por insistencia de la esposa y los hijos acude.

4.7 Objetivo terapéutico

Que mediante el tratamiento terapéutico Gestalt, la Familia Martínez Ortega recupera la estabilidad emocional por la pérdida de la Srita. Alexia Inés Martínez Ortega y la integración de cada uno de sus miembros para ser una familia funcional.

4.8 Propuesta de intervención psicológica

En la propuesta de intervención se maneja con los criterios y las consideraciones con base en la teoría Gestalt para llevar a cabo el trabajo terapéutico con el cual la familia Martínez Ortega obtendrá la aceptación de la pérdida de la Srita. Alexia Martínez y recobrar la estabilidad emocional a nivel personal y familiar, obteniendo la comunicación y afecto para ser una familia funcional. Se mencionara las acciones, técnicas, dinámicas para la ellos y se darán las conclusiones.

Se trata de ir conociendo a cada integrante, escuchando sus necesidades, sus ideas y sus puntos de vista. Se da una retroalimentación por la iniciativa de tomar terapia familiar y exponer sus ideas con los demás valorando sus pensamientos y cómo sienten la pérdida de la Srita Alexia, remarcando la importancia de la comunicación y la interacción familiar para fortalecer el afecto en esos momentos difíciles para cada miembro familiar.

Se detecta a los miembros familiares que aún no están en una disposición de cambio, preguntándoles si quieren decir cuáles son sus necesidades o sentimientos frente a lo que se está manejando. Después se da paso a la historia clínica preguntando sobre los datos de identificación de cada miembro familiar, su familiograma, historia familiar, sus antecedentes de salud y hereditarios, su educación, su historial familiar y cualquier información que deseen añadir a su historial.

Para la propuesta de intervención en la pérdida de un ser querido en la familia nuclear, basándose en el caso de la Familia Martínez Ortega se aplicarían técnicas expresivas, técnicas integrativas y técnicas supresivas y dinámicas de duelo, en sesiones vivenciales, sesiones diagonales y sesiones mixtas, esto es para alcanzar el Ciclo de la Experiencia Gestalt y lograr el objetivo terapéutico: que la familia Martínez Ortega, tenga recursos emocionales y un aprendizaje significativo para llevar el duelo de la Srita. Alexia y recobrar la estabilidad emocional a nivel personal y como miembro familiar, obteniendo la comunicación y afecto para ser una familia funcional. A continuación se explican las técnicas Gestalt que se usarán para la propuesta de intervención.

La técnica Gestalt de **la autodescripción y desafío actual del paciente**, sirve para ir valorando mecanismos de defensa, autoestima y su intención de interactuar con cada miembro familiar, esto ayudará para El Ciclo de Experiencia Gestalt donde la *sensación* sea incrementada para poder llegar a sus necesidades y sentimientos sobre la pérdida de la Srita

Alexia, su papel en la familia y su vida personal, esto para llegar al *darse cuenta* y valora si hay interrupción del ciclo en algún o algunos miembros. Esto es para saber la forma en cómo se perciben y que cada miembro recapacite como puede mejorar esa autoimagen y la importancia de la comunicación de todo miembro familiar, al saber las formas de pensar y de sentir de cada uno para el mejor entendimiento.

En la técnica supresiva de "*nada o vacío*", se le pide a cada miembro familiar que imaginen que vienen a esta terapia familiar con Alexia y que buscan mejorar sus relaciones con cada uno. Después de un tiempo se le pide a cada uno como mejoraría su relación con cada miembro. Una vez de que todos los miembros familiares hayan expuesto sus comentarios, se les pregunta que ahora, ubicándose en la realidad de que Alexia está muerta, de los comentarios que dijeron, qué diferencias o impedimentos hay para poder lograr esa realidad.

Los comentarios después de esta técnica serían los aspectos en que pueden tomar o quitar tanto a nivel personal como a nivel familiar para la mejor manera de llevar la pérdida de la Srita. Alexia, y qué aspectos pueden tomar o quitar para la mejor convivencia y armonía en el núcleo familiar, ubicando a los pacientes en que con base en sus ideas y soluciones pueden obtener la estabilidad deseada, indicándoles que poco a poco deben ser alcanzadas esas metas. A través de y esta técnica los comentarios y comportamientos de los miembros familiares, se pueden observar los mecanismos de defensa y la intención de mejorar sus relaciones con los otros miembros familiares impulsando más su *sensación* y así conocer sus necesidades para llegar al *darse cuenta*.

La sesión vivencial hecha funciona para saber sobre actitudes y motivaciones a nivel personal y como miembro familiar, y la dinámica de cómo ésta afronta el duelo y sus conflictos habituales.

La técnica supresiva de "*debeismos*", sirve para afrontar los sentimientos y pensamientos de los miembros familiares que aún no se están integrando. A cada miembro familiar se les indica que de manera respetuosa cómo le indicaría a cada miembro familiar que debería hacer para que toda la familia sea unida y funciona, también qué debería hacer para llevarse mejor a nivel personal.

Después de que hayan dicho a cada miembro familiar qué debería hacer, se les hace resaltar las necesidades, actitudes, demandas, molestias más sobresalientes y se le pregunta al miembro qué piensa y siente ante los comentarios. Se busca la negociación y el compromiso de llegar a metas establecidas por los miembros familiares.

Por esta técnica supresiva se incrementa la *sensación*, los pacientes ya tienen más material y han llegado al *darse cuenta* de los comportamientos, sentimientos, motivaciones y actitudes tanto a nivel personal como a nivel familiar, esto ayudará para la terapia, el manejo del duelo y la pérdida de la Srita. Alexia, para alcanzar la *energetización* y la *acción* en el Ciclo de Experiencia Gestalt. A cada miembro familiar se le remarca lo importante que es el apoyo y la crítica constructiva para la mejor convivencia y el conocimiento de las personas y que compartan más sus sentimientos e ideas para llevar a la unión y mejor manejo del duelo estando unidos en comprensión, en comunicación objetiva y respetuosa.

La técnica expresiva de "*terminar o completar la expresión*" consiste en que cada miembro familiar con base en sus necesidades y conflictos con otro, complete una frase como la siguiente; "*cuando estoy triste quisiera que mi papa hiciera...*", "*cuando mi esposo llega a la casa quisiera habláramos de....*", "*desde que falleció mi hija estoy enojado por...*".

Esta técnica sirve para expresar lo que aún en su *darse cuenta* le causa conflicto y sus racionalizaciones ante las situaciones que le angustian o le molestan también fomenta que

enfrente sus conflictos latentes y rompa sus patrones fóbicos para que haya un cierre en su ciclo Gestalt, incrementando El Ciclo de Experiencia Gestalt en el *darse cuenta* y la *energetización*, además sirve para encontrar un conflicto y sentimientos ocultos que no han surgido durante la terapia.

Después de comentar las necesidades de cada miembro lo que sienten aún y que les cuesta trabajo resolver, se establecen metas terapéuticas y como personales para resolver e incrementar la autoestima y la convivencia familiar, donde no se sientan culpables, molestos o avergonzados, sino que lo tomen esto para mejorar como persona y como miembro familiar.

La técnica integrativa del *"túnel del tiempo"*, con base en el seguimiento del Ciclo de Experiencia Gestalt consiste en que a cada paciente se le pide que imagine que está en un cuarto, donde hay una puerta secreta que da a un túnel de tiempo donde se hayan puertas a ambos lados del túnel que abren hacia escenas pasadas de su vida, se les pide que busquen alguna escena en la que creen que algo no está resuelto y por la cual sufren y si desean hacerle un cambio que lo haga. Esto los hace sentirse satisfechos.

Luego se regresa al cuarto donde inicio y a donde volver al aquí y al ahora y exprese en qué recuerdos entró y cambió, como también si pensó en otro recuerdo y no quiso entrar o cambiar y el por qué. Por esta técnica se observa si el paciente aun tiene conflictos por ese pasado y si lo puede resolver en el ahora. Esta técnica integrativa ve los mecanismos de defensa que aún maneja el paciente y su *darse cuenta* que tiene para darle manejo y control a sus emociones, juicios y la exploración de angustias y conflictos latentes.

La técnica integrativa, del *"archivero"*, reside en pedirle al paciente que imagine que está en un cuarto donde hay un archivero con cajones, se le pide que se acerque al mismo y abra cualquier cajón y saque una carpeta donde encuentre algo interesante acerca de algún asunto

pendiente. Cuando lo encuentra se le pide que lo traiga al aquí y el ahora y lo comparta, de esta fantasía puede derivarse la aplicación para el cierre del asunto pendiente.

Con esta técnica incrementa más el *darse cuenta* y también se empieza la *energetización* y la *acción*, porque el paciente busca aún los conflictos, necesidades y su duelo en su ciclo de experiencia Gestalt, está en la *acción* de resolver sus conflictos de manera personal sin que le cause tanta ansiedad. Como miembro familiar se confirman los sentimientos y conocimientos de los demás para resolver problemas así, como también asuntos pendientes. El terapeuta hace comentarios de las similitudes de "*archivos*" que hubo en los miembros familiares.

La técnica expresiva de "*expresar lo no expresado*" que consiste en decirle a los miembros familiares que expresen una o varias preguntas a un miembro familiar sobre acciones que tomaron o que hubieran deseado que tomaran durante la enfermedad, hospitalización, agonía y muerte de la Srita Alexia. Se les da un tiempo para que hagan sus preguntas, después el terapeuta inicia la técnica pidiendo quien quiere empezar.

Aquí el terapeuta no menciona que se deben hacer las preguntas y las respuestas de manera responsable y educada, para observar la dinámica familiar, los resentimientos que aún se manejen por parte de los miembros. El paciente que muestre resistencia al no decir nada o no preguntar objetivamente, se le invita a que es un buen momento de conocer su percepción durante ese tiempo tan difícil para la familia y para él.

La técnica expresiva de la "*actuación*" consiste en que escriban lo que hubieran hecho ellos durante la enfermedad y muerte de la Srita. Alexia. Esta técnica expresiva es para ver su *actuación*, esto puede ser entendido como completar la expresión dentro del contexto terapéutico a la conducta de pensar como incompleta o como una acción simbólica. Se aprecia la interactividad, el lenguaje verbal y no verbal, cómo está enfrentando el duelo, sus

necesidades, mecanismos de defensa y en qué fase de duelo se encuentra. También la dinámica familiar de cómo toma los comentarios en base a su angustia, enojo, depresión y su identificación con la pérdida. Con esto se valora como maneja su *acción* en El Ciclo de Experiencia Gestalt a la aceptación del duelo y logre pasar al *contacto*.

En la técnica integrativa de la "*silla vacía*", se necesitan tres sillas ubicándolas de la siguiente forma, dos sillas de enfrente y la tercera en medio, en donde se le pide al paciente que se siente en una de las dos sillas de enfrente y se le ordena que cierre los ojos y que imagine en este momento, en la silla de enfrente de él, se encuentra Alexia y que tiene la oportunidad de poder hablar con ella y que le diga todo lo que siente y piensa en ese momento.

Con esta técnica integrativa se puede valorar como el paciente se conecta con su zona interna, sus conflictos no resueltos, culpas y enojos con la fallecida, agresión hacia algún miembro familiar como agresión hacia el mismo.

También sirve para trabajar confrontaciones o resolver resentimientos y además puede utilizarse para el trabajo de duelos. Los miembros familiares que no desean participar en la técnica o que dicen no poder hacerla, se considera que aun hay resistencia y que hay una interrupción entre *darse cuenta* y *energetización*, o entre *energetización* y *acción*, o entre *acción* y *contacto* en su Ciclo de Experiencia Gestalt.

La técnica integrativa de "*cambio de roles*" se les explica que deben representar a un miembro familiar y en su perspectiva digan y actúen como ese miembro siente la muerte de la Srita. Alexia y lo que ese miembro familiar piensa sobre el que lo representa.

Esta técnica sirve para incrementar la empatía entre los miembros, se usa para trabajar resentimientos con personas significativas y el paciente pueda tomar conciencia de la actitud del otro. Después de que toda la familia haya participado se les pregunta porque escogieron a ese miembro familiar, cuando el paciente haya terminado sus comentarios se le pide al miembro familiar que lo representaron, que piensa acerca de cómo ese miembro lo percibe, y como podría mejorar esa imagen que tiene sobre él.

La técnica Gestalt de "*las polaridades en la terapia*" para que la integración de los polos que se representan en los conflictos internos prestando atención a las variaciones en el contexto, al funcionamiento del Yo y del Pseudo yo y la relación de ambas partes con la situación actual. Al reinterpretar las polaridades se cambia la estructura y la percepción del ambiente y se empieza un comportamiento y pensamientos distintos porque el campo es nuevo, se ha reorganizado. Ambas técnicas integrativas incrementan la *acción* y el *contacto* en el círculo de la experiencia Gestalt.

La técnica integrativa de "*cambio de roles*" en donde se le pide como la anterior, que representaron a un miembro familiar, pero ahora deben representar a Alexia y que digan lo que ella pensaría y desearía para que sus papás y hermanos estén con afecto y unidos. Después de que toda la familia haya participado se les pregunta a nivel general si están de acuerdo con lo que les "*dijo Alexia*", si es posible realizar los deseos de Alexia. Esta técnica incrementa la *sensación* del Ciclo de Experiencia Gestalt y para el manejo de duelos funciona para oír lo que el paciente necesita decirle o recibir lo que la persona ausente no le dio.

La dinámica de manejo de duelo, en la cual se le pide al paciente que imagine a la Srita. Alexia en un ataúd, que se despida nuevamente y cierre el féretro, se le propone que la ponga en la fosa en un cementerio, la cubra con tierra y se le pregunta al paciente si quiere ponerle flores, se le pide nuevamente que se despida pudiendo tener un nuevo encuentro con ella en

el caso de que fuera necesario cerrar alguno otro asunto pendiente. Esta dinámica incrementa la *sensación* del Ciclo de Experiencia Gestalt y para el manejo de duelos funciona para oír lo que el paciente necesita decirle o recibir lo que la persona ausente no le dio, así como sentimientos e ideas y pensamientos aun no resueltos en la terapia. Posteriormente el terapeuta les pregunta a toda la familia acerca de cómo se sintieron al hacer esta dinámica. El terapeuta comenta de la actitud de cada miembro familiar con otro.

El terapeuta pregunta que cambios de ideas, pensamientos y sentimientos a nivel personal, como también las actitudes en los demás miembros familiares ven de diferencia entre la *"primera inhumación de Alexia"* a esta *"segunda inhumación"*. Esta dinámica incrementa la *sensación y el contacto* del círculo de la experiencia Gestalt. Esta dinámica valora los cambios de pensamiento, actitudes, sentimientos, en el proceso de duelo, incrementando la aceptación de la pérdida y el trabajo en terapia en donde el *"darse cuenta"* se llevo en el Ciclo de Experiencia Gestalt hasta su cierre productivo.

La técnica de *"visualización"*, en donde el paciente se imagine como va a ser su vida sin Alexia, que cosas va a cambiar en sus ideas y en sus actividades cotidianas. Esta técnica muestra que visualizar es un proceso en el cual el paciente puede imaginar que un deseo se vuelve realidad dentro del sentido común. La visualización de algún deseo implica crear asociaciones al éxito, por ello el paciente puede dirigir su atención a lo que desea y así provocar las oportunidades necesarias para lograr su objetivo.

La técnica supresiva de *"pregunta-respuesta"*, la cual consiste en que el terapeuta les hace una serie de preguntas generales a toda la familia, como individualmente acerca de cómo manejarían la angustia, la depresión, el enojo y conflictos familiares, como ejemplo; *¿cuando este deprimida su esposa que haría?, ¿ que harían para pasar un buen rato familiar?, si hay tensión de pareja, ¿que harían para resolverlo?, en los momentos donde esta toda la*

familia reunida ¿de que platicarían?, cuando algo les recuerde a Alexia ¿ que sentimientos e imágenes tendrían?.

En esta técnica, las preguntas se manejan en forma de manipulación, dirigidas a obtener una respuesta que lleve de los nuevos recursos que adquirió el paciente durante la terapia y las alternativas que maneja para resolver las situaciones que el terapeuta considera aun explorar. Las alternativas para manejar las respuestas son al que se le pregunta tiene la libertad de contestar o no con lo que prefiera hacer. Independientemente de que la persona aludida conteste o no, comunicara su reacción hacia la pregunta, la vivencia que surgió a través de la pregunta.

Con las respuestas dadas por el paciente se nota las necesidades que aun tiene, como los recursos emocionales y motivacionales adquiridos en la terapia para resolver y enfrentar las situaciones. Con esta técnica, el terapeuta observa el nivel de *acción* y *contacto* que lleva el paciente y la dinámica familiar para el proceso de duelo.

Por las técnicas y dinámicas propuestas para el tratamiento terapéutico Gestalt para el manejo del duelo y la pérdida de un ser querido dentro de la familia nuclear, son de gran apoyo psicológico en conflictos emocionales, porque ayudan a la investigación de pensamientos, valores, estilo de vida, actitudes, motivaciones y sentimientos del paciente así como la interacción de este en grupos y en el ambiente social, como también ayudan al paciente a darse cuenta de las situaciones conflictivas que esta manejando, como las ideas y sentimientos que va descubriendo y es capaz de reconocer para tener un nuevo aprendizaje en todos los aspectos de su existencia.

CONCLUSIONES

La Psicología como ciencia que estudia el comportamiento del ser humano, en sus diferentes enfoques da significado y respuesta al gran esquema de manifestaciones en el repertorio emocional, intelectual, fisiológico y social, donde la intervención y la acción terapéutica da significado y cambio hacia la productividad y armonía del individuo o grupo. Para el proceso de duelo la Psicología busca indagar e investigar los procesos emocionales y sus impactos con el ambiente y las reacciones que manifieste el individuo o grupo.

El presente trabajo cumplió con los objetivos donde se identificó que el enfoque Gestalt ayuda al de duelo ante la pérdida de un ser querido en la familia nuclear, con el manejo de sus técnicas indagatorias, técnicas expresivas y técnicas supresivas que llevan al paciente hacia el Ciclo de Experiencia Gestalt y así poder resolver su conflicto emocional.

La propuesta de intervención para tratar la pérdida de un ser querido en la familia nuclear, donde se observaron las fases del duelo, así como el proceso particular que depende del estado emocional del individuo tiene para afrontar las situaciones durante y después del fallecimiento de la persona amada. Los factores de valores, cultura, nivel social y los distintos grados de parentesco (padre, madre, hermanos, hijos, cónyuge) rol desempeñado por el fallecido, roles sexuales, creencias espirituales, calidad de las relaciones en los aspectos psicológicos como socio-económicos.

La Tanatología en su visión de valoración y la virtud que es la vida en si aun en el estado con la pérdida del ser querido y la finalidad que busca es la procurar que al paciente o cualquier ser humano que sufra una pérdida se le trate con respeto, cariño, compasión y que conserve su dignidad.

En su función terapéutica, la Tanatología busca la resolución del duelo, de la pérdida que se ha sufrido, recordando que cada persona es única e irrepitable con una problemática diferente, sus reacciones y sentimientos son manifestadas en forma individual y apoyar a todos los miembros de la familia para que sigan viviendo su vida plenamente y para que sus relaciones interfamiliares sean satisfactorias.

El enfoque Gestalt se utilizo para la propuesta de tratamiento ante la pérdida de un ser querido, porque este enfoque psicológico considera al ser humano como ser creativo en constante crecimiento y capaz de guiar conscientemente su comportamiento, desarrollando su máximo potencial en direcciones que logren finalmente su limite máximo como individuos únicos e irrepitibles y, encontrando por si mismo las soluciones a sus problemas existenciales asumiendo la responsabilidad de manejar su propia vida, en donde sus técnicas expresivas, supresivas e indagatorias, hacen conciente a la persona de todo lo que piensa, siente, dice y vive, donde lo vivencial es lo mas importante para la Psicología Gestalt para lograr los objetivos y éxitos terapéuticos.

Los elementos que tiene el enfoque Gestalt aplicado para una situación terapéutica es un intercambio comunicacional, representándose a toda expresión verbal y no verbal entre una persona que presenta un problema o asunto pendiente y el terapeuta es el experto en técnicas vivenciales acompaña al paciente con interés, paciencia y afecto, siguiendo una metodología específica con técnicas adecuadas que aplicará en el momento preciso con el objeto de que el paciente aumente su *darse cuenta* y disminuya a través de ejercicios vivenciales sus afirmaciones, que son las causas de su neurosis.

Durante la situación terapéutica Gestalt se solicita la aceptación por parte del paciente de que algo anda mal en él y desea cambiarlo, puede ser a nivel de ideas, actitudes o emociones y disponibilidad para efectuar ejercicios vivenciales.

El enfoque Gestalt se basa en el *darse cuenta* y en el aquí y el ahora, es adecuada la evaluación de las necesidades dentro de un marco de inmediatez Los objetivos se refieren a la meta que se fijan. El objetivo del enfoque Gestalt en la aplicación de una situación terapéutica es lograr que el paciente aprenda a cerrar sus asuntos inconclusos desde el Yo, para una conducta congruente, armónica y transparente.

La propuesta de tratamiento terapéutico Gestalt por la pérdida de un ser querido en la familia nuclear cumple con los objetivos que se buscaban al saber y considerar las características de las fases del duelo, donde el tratamiento terapéutico Gestalt también considera para importancia del proceso de la toma de conciencia de la persona de cómo está viviendo y creándose a sí misma, para comprender el proceso de crecimiento a través del auto descubrimiento de sus propias posibilidades, para satisfacer sus necesidades, tomando contacto consigo mismo y con los elementos del ambiente, identificado aquellos que le son hostiles, dañinos y que pueden asimilar.

La propuesta de tratamiento terapéutico Gestalt por la pérdida de un ser querido en la familia nuclear cumple con los objetivos para alcanzar la estabilidad emocional de manera individual como familiar en el uso de sus técnicas y dinámicas terapéuticas donde se aplican en sesiones vivenciales, las cuales buscan incrementar el *darse cuenta* y la *acción* de cambios significativos en la persona, en el grupo y del ambiente.

Las técnicas y dinámicas terapéuticas Gestalt hacen que el paciente participe de la búsqueda de recursos emocionales internos, el ejercicio de la comunicación personal como la comunicación con los demás que interactúa, dando soluciones reales y convenientes para llegar al *contacto* donde el paciente encuentra satisfacción y disfruta haber alcanzado las metas propuestas, esta etapa termina cuando el paciente experimenta que ya está satisfecho y se siente bien, y que puede comenzar otro ciclo y despedirse de éste.

La propuesta de tratamiento terapéutico Gestalt por la pérdida de un ser querido en la familia nuclear su utilidad es de carácter de consulta para estudiantes de Psicología como para personas interesadas en el tema, dando alternativas que hay, además como las teorías y disciplinas que se encargan en explicar y dar solución a estos eventos que se presentan en la existencia de toda persona, así como la utilidad de hacer más investigación acerca sobre el proceso de duelo, la Tanatología, la Psicología Clínica y que esto ayude para incrementar la conciencia de la calidad de vida aun en los momentos de la pérdida de un ser querido. Los beneficios que tiene la presente tesis serían de consulta para alguien que esté pasando por una pérdida o duelo y para el interesado en temas de Psicología y sepa las alternativas científicas que le pueden ayudar a resolver esta situación, a nivel personal como a nivel familiar.

La propuesta de tratamiento terapéutico Gestalt por la pérdida de un ser querido en la familia nuclear marca sugerencias para tesis e investigaciones acerca de cómo otras disciplinas del área de la salud y como otros enfoques psicológicos manejarían el duelo y la pérdida de un ser querido basándose en otros aspectos de caso y circunstancias (muerte por accidente, pérdida del ser querido por la guerra, pérdida y duelo del cónyuge o pareja) y conocer las distintas herramientas terapéuticas para el tratamiento psicológico.

La funcionalidad del tratamiento terapéutico Gestalt para la pérdida de un ser querido en la familia nuclear que el paciente aprenda a cerrar sus asuntos pendientes y adquiera una ideología de vida auténtica, armoniosa, estable, productiva y de calidad y obtenga la coherencia entre su conducta, sus sentimientos y sus pensamientos. Las limitaciones que tiene la tesis es que para la propuesta de tratamiento terapéutico por la pérdida de un ser querido en la familia nuclear se basa en las técnicas y dinámicas que marca la teoría Gestalt y no pueden utilizarse con otras teorías en Psicología y solo la propuesta es de carácter de consulta, no es una guía de intervención y no puede usarse para prácticas o sesiones terapéuticas.

BIBLIOGRAFÍA

Anastasi, A. (1987) .*Psicología Aplicada*. (2ª.ed.). México: Kapeluz.

Bejarano, E. (1984). *Fundamentos de cuidados paulatinos*. (1ª. ed.). España: Salvat.

Berkow, R. (1986). *El Manual Merck*. (15ª. ed.). México: Interamericana.

Bellack, L. (1993) .*Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. (1ª. ed.).México: .Manual Moderno.

Caruso, I. (2003) .*La separación de los amantes*. (25ª. ed.). México: Siglo XXI.

Díaz, I. (1998) .*Técnica de la entrevista psicodinámica*. (5ª. ed.). México: Pax.

Freud, S. (1976) .*Duelo y melancolía Obras Completas*. (25ª. ed.).Argentina: Amorrortu editores.

Greenson, R. (2004). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. (14ª. ed.). México: Siglo XXI.

Grinberg, L. (1981). *Psicoanálisis aspectos teóricos y clínicos*. (8ª. ed.). España: Paidós.

Gross, R. (1992). *Psicología y Ética*. (12ª. ed.). México: Manual Moderno.

Hall, C. (1990). *Compendio de psicología Freudiana*. (14ª. ed.). México: Paidós.

Hernández R., Baptista P (2003). *Metodología de la investigación*. (3ª. ed.). México: Mc Graw Hill.

Kubler-Ross, E. (2002). *Sobre la muerte y los moribundos*. (1ª. ed.). España: Mondadori.

Llano Escobar, A. (1977). *Bioética*. (6ª. ed.). México: Sol.

Papalia, E. (1980). *Psicología*. (4ª. ed.). México: Mc Graw Hill.

Phares, J. (1996). *Psicología Clínica conceptos, métodos y practica*. (3ª.ed.). México: Paidós.

Sánchez, D. (2000). *Terapia familiar Modelos y Técnicas*. (2ª.ed.). México: Manual Moderno.

Salama, H. (1992a). *Enfoque Gestalt*. (1ª.ed.). México: Manual Moderno.

Salama, H. (1992b). *Psicoterapia Gestalt*. (2ª.ed.). México: Alfa Omega.

Sal Kind, J. (1997). *Métodos de investigación*. (3ª. ed.). México: Prentice Hall.

Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. (6ª.ed.). España: Paidós.

Sherr, L. (1992). *Agonía, muerte y duelo*. (8ª. ed.). México: Manual Moderno.

Trull, T. (1992). *Psicología Clínica*. (5ª.ed.). México: Manual Moderno.

Viorst, J. (1986). *Pérdidas necesarias*. (8ª ed.). España: Plaza and Janes.

W.H ,O´Hanlon. (1990). *En busca de soluciones*. (6ª.ed.). España. Paidós.

Zolla, E. (1990). *Antología del psicoanálisis*. (2ª.ed.). México. Unión Tipográfica.

Reyes, Z. (1990). *Acercamientos tanatológicos al enfermo terminal y su familia*. (4ª.ed.). México: Revista de Tanatología Vol 3.

ANEXOS

CUESTIONARIO

Fecha / /

Nombre: _____

Edad: _____

Titulado en: _____

Años de experiencia: _____

Laboral en tratamiento terapéutico

Especialidad, Maestría, Doctorado (especifique): _____

Conteste las siguientes preguntas.

1. En su experiencia profesional ¿ha atendido casos de duelo?

Sí _____ NO _____

Especifique: _____

2. ¿Que tipo de enfoque psicológico a utilizado para el manejo de duelo por causa de muerte?

- | | |
|------------------|-------------------------|
| a) Psicoanálisis | e) Cognitivo-Conductual |
| b) Conductismo | f) Sistémico |
| c) Gestalt | g) Otro: _____ |
| d) Humanismo | |

3. ¿Que técnicas de terapia Gestalt utiliza para el manejo de duelo por causa de muerte?

- a) técnicas expresivas
 - b) técnicas supresivas
 - c) técnicas integrativas
 - d) otra:
- _____

4. ¿Considera que el Enfoque Gestalt y sus técnicas es una principal herramienta que utiliza el psicólogo en el tratamiento terapéutico?

SÍ _____ NO _____

Especifique:

5. Marque con X la técnica Gestalt que utiliza para el manejo de duelo por causa de muerte.

- nada o vacío
- debeismos
- terminar o completar la expresión
- el túnel del tiempo
- la autodescripción y desafío actual del paciente
- el archivero
- expresar lo no expresado
- actuación
- la silla vacía
- las polaridades en la terapia
- cambio de roles
- La dinámica de manejo de duelo,
- visualización
- pregunta-respuesta