



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

“ZARAGOZA”

**“LA T.R.E. COMO APOYO POSTERIOR AL DUELO ANTE  
LA PERDIDA DE LA MADRE EN LA MUJER”**

TRABAJO FINAL DE DIPLOMADO  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A  
**FELIPE DANIEL GUADARRAMA MENDEZ**

JURADO

TUTOR: LIC. Jorge Arturo Manrique Urrutia  
Mtra. Alba Esperanza García López  
Lic. Maria Felicitas Domínguez Aboyte  
Mtro. Edgar Pérez Ortega  
Mtro. Fernando Manuel Mancilla Miranda



MÉXICO, D. F.

JUNIO DE 2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## I N D I C E

Resumen	Pág. 3
Introduccion	Pág. 4
CAPITULO 1	Pág. 5
Intervención en crisis	Pág. 6
Crisis de primer orden	
Terapia breve modelo multimodal.	
CAPITULO 2	Pág. 18
Aspectos generales sobre Género y Mujer	
Sentido de la vida	
Concepto de muerte	
Duelo	
CAPITULO 3	Pág.44
Método Relajación Muscular	
Solución de problemas	
Enfoque de Terapia racional emotiva	
Métodos y Técnicas empleados	
Once creencias irracionales	
Propuesta de intervención	
Conclusiones	Pág. 57
Referencias bibliograficas	Pág. 63

## RESUMEN

La terapia breve con intervención en crisis es considerada como parte importante y necesaria en la rehabilitación Psicológica de las mujeres que sufren la pérdida o muerte de un ser querido, y en caso especial el de la madre, teniendo en cuenta que la mujer por sus características de género, y que socialmente se considera más vulnerable y propensa a situaciones de angustia y depresión, en situaciones de crisis, por lo cual se tendrá que utilizar para su terapia rehabilitatoria, después de pasar el duelo, realizar algunos ejercicios de relajación en la fase diagnóstica, posteriormente y de manera general aplicar la terapia de segundo orden, utilizando técnicas de terapia racional emotiva (TRE) la cual coadyuvará al equilibrio y tranquilidad de la paciente hasta llegar al restablecimiento emocional, e integrándola a su vida diaria.

## INTRODUCCIÓN

Considerando que los factores fundamentales en los procesos terapéuticos son determinados por sus características y su efectividad en el desarrollo de las formas de terapia existentes, se mencionara que la técnica que se utilizara es de corte cognitivo conductual y que será aplicada, para el apoyo psicológico de las mujeres que hayan sufrido una pérdida o muerte de la madre, utilizando la terapia racional emotiva como parte principal de la rehabilitación. en el primer capitulo se expondrá los aspectos generales de la terapia breve de intervención en crisis la cual será básica y necesaria en el apoyo terapéutico que se brinda a las mujeres que así lo soliciten, dicha terapia breve estará propuesta para ser utilizada en el primer orden o primeros auxilios psicológicos y en un segundo orden como terapia breve de seguimiento la cual se apoyará con técnicas en solución de problemas relajación muscular , pensamientos racionales y comportamiento asertivo.

Con respecto al capitulo 2 , se mencionara la problemática de la mujer en relación a las crisis que presentan por la muerte de madre, y del duelo que en sus cinco fases debe llevar para poder ser restablecida dentro de su ámbito social, el enfoque tanatológico del cual se apoya en una pequeña parte dentro del proceso terapéutico , teniendo en cuenta que siendo una crisis de desarrollo deberá ser tratada de manera especial, también se abordaran aspectos de género y propios de la mujer, que ofrecen una forma de cómo solucionar la problemática dentro de la familia y su medio social, las angustias y las depresiones, que va teniendo en el proceso de duelo, que nos determinara como será su procedimiento en la propuesta de atención psicológica con técnica racional emotiva. Para el capitula 3 se mencionaran las posibles tecnicas cognitivo conductual que apoyaran a la propuesta, cerrando así con las conclusiones respectivas al caso.

# **CAPITULO 1**

## **MODELO DE INTERVENCION EN CRISIS**

### **LAS CRISIS**

En determinado momento de la vida, de casi todos los seres humanos, se presentan una serie de sucesos que llevan a enfrentar un estado de crisis emocional, la cual, de no ser resuelta adecuadamente, los ubicaría en riesgo de padecer graves problemas psicológicos.

Una crisis, es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del sujeto para manejar (emocional y cognitivamente) situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. Bellak (1980).

Una persona que atraviesa por un estado de crisis se encuentra en una etapa vitalmente importante para continuar el curso de su vida. No importa qué tipo de crisis sea, el evento es emocionalmente significativo e implica un cambio radical en su vida. El individuo enfrenta un problema ante el cual sus recursos de adaptación, así como sus mecanismos de defensa usuales no funcionan. El problema rebasa sus capacidades de resolución y por lo mismo se encuentra en franco desequilibrio. Como resultado de todo esto la persona experimenta una mayor tensión y ansiedad, lo cual la inhabilita aún más para encontrar una solución.

La intervención llevada a cabo por profesionales de la Salud Mental, puede ofrecer una ayuda inmediata para aquellas personas que atraviesan por una crisis y necesitan restablecer su equilibrio emocional.

Por lo que debemos tomar en cuenta tres aspectos clínicos que ayudaran a entender la intervención, la oportunidad, las metas y la valoración, que a continuación mencionaremos.

## **PRINCIPIOS CLINICOS DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS**

**Oportunidad:** La terapia breve de urgencia con tiempo limitado, es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis; el proceso de ayuda para que las personas puedan recuperar el equilibrio después del incidente puede tomar de 1 a 6 semanas (Caplan, 1964). Puesto que la experiencia de crisis es un período de alto riesgo para la persona como para su familia, se requiere que la ayuda esté disponible de modo inmediato y en una ubicación de fácil acceso. El énfasis en la oportunidad se calcula para reducir el peligro y, al mismo tiempo, para capitalizar la motivación del paciente para hallar un nuevo planteamiento (lo mismo de actitud que conductual) para enfrentarse con las circunstancias de la vida.

**Metas:** ayudar a la persona a recuperar un nivel de funcionamiento equilibrado que tenía antes del incidente que precipitó la crisis o potencialmente creativo que le permita superar el momento crítico.

**Valoración:** Es importante que la valoración abarque tanto la fortaleza como la debilidad de cada una de los sistemas (CASIC) implicados en la crisis. La información acerca de qué está mal en la vida de una persona (como el desmoronamiento de la relación matrimonial) se complementa con la información acerca de qué es aún funcional (como un sistema red de amigos). Las fuerzas y recursos sociales pueden y deben utilizarse para ayudar a una persona a arreglárselas con la crisis.

## **INTERVENCIÓN DE PRIMERA Y SEGUNDA INSTANCIA**

Se inicia por describir los Primeros Auxilios Psicológicos, o de intervención en crisis, de primera instancia, que abarca la asistencia inmediata y de modo usual lleva sólo una sesión. Los Primeros Auxilios Psicológicos pretenden de manera primordial proporcionar apoyo, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos de ayuda. Aún más esto puede y debería ejecutarse por parte de las personas que perciban la necesidad primero, en el momento y lugar en que aquella surge. Se puede instruir a los hijos o estudiantes, del mismo modo que ahora sabe dar primeros auxilios físico en situaciones de urgencia.

La intervención en crisis de segunda instancia o terapia para crisis, por otra parte, se refiere a un proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato y, en cambio, se encamina a la resolución de la crisis de manera que el incidente respectivo se integre a la trama de la vida. El efecto que se desea para el individuo es que emerja listo y mejor preparado para encarar el futuro, como lo podemos ejemplificar en el siguiente cuadro el modelo de intervención en crisis nos presenta ciertas características que ayudaran a conocerla mejor.

### MODELO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

Tabla 1 Características de la intervención de primer orden y de segundo orden.

CARACTERÍSTICAS	INTERVENCIÓN EN CRISIS DE PRIMER ORDEN: PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS	INTERVENCIÓN EN CRISIS DE SEGUNDO ORDEN TERAPIA MULTIMODAL
¿Por cuanto tiempo?	De minutos a horas	De semanas a meses.
¿Por parte de quién?	Protectores de vanguardia (Padres de familia, policía, clero, abogados, médicos, enfermeras trabajadores sociales, maestros, estudiantes, líderes, supervisores, etc.	Psicoterapeutas y orientadores terapeutas (Formación en Salud Mental: psicología, psiquiatría, trabajo social, consejería pastoral, enfermería, orientadores vocacionales, etc.)
¿Dónde?	Ambientes comunitarios: hospitales, iglesias, hogares, escuelas, ambientes de trabajo, líneas telefónicas de urgencia, etc.	Ambientes para terapia/orientación: clínicas, centros de salud mental, centros abiertos al público, iglesias, oficina escolar, etc.
¿Cuáles son las metas?	Restablecer el enfrentamiento inmediato; dar apoyo de contención; reducir la mortalidad y enlazar con recursos profesionales de ayuda (Terapia Multimodal o Asistencia Médica)	Resolver la crisis, reelaborar o translaborar el incidente de crisis; integrar el incidente de trauma de vida; establecer la apertura/disposición para afrontar el futuro.
¿Cuál es el procedimiento?	Los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos	Terapia multimodal para crisis (CASIC).

Manrique, A. material didáctico Diplomado (2007)

## **1. INTERVENCIÓN DE PRIMER ORDEN: PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS**

**METAS:** La meta principal de los primeros auxilios psicológicos es restablecer el enfrentamiento inmediato. El objetivo primario es auxiliar a la persona a dar pasos concretos hacia el afrontamiento con la crisis, lo cual incluye el control de los sentimientos o los componentes subjetivos de la situación, y comenzar el proceso de solución del problema.

### **Existen tres submetas:**

**1.- Proporcionar apoyo:** Significa permitir que la persona hable para compartir la cordialidad e interés y proporcionar una atmósfera en la que el temor y la ira puedan expresarse. También se busca reforzar la seguridad en la persona, que sólo está consciente de su propia debilidad durante la crisis.

**2.- Reducir la mortalidad:** Se dirige a la salvación de vidas y la prevención del daño físico durante las crisis; es necesario entonces, tomar medidas para hacer mínimas las probabilidades destructivas y desactivar la situación crítica. Esto puede implicar el deshacerse de las armas, arreglar el contacto sostenido de un amigo de confianza por algunas horas, conversar con la persona que pasa por una situación de tensión o, en algunos casos, iniciar el traslado a la hospitalización de urgencias.

**3.- Proporcionar enlace con fuentes de asistencia:** Antes que tratar de resolver el problema completo de manera inmediata, el asistente fija con precisión las necesidades fundamentales y entonces realiza una remisión adecuada a algún otro asistente o agencias. Algunas veces esta remisión individual es de tipo breve (terapia para crisis). Otras veces, la misma será para asistencia legal o auxilio de parte de una agencia del Ministerio Público o Procuraduría. En cualquier caso, la línea de fondo en los Primeros Auxilios Psicológicos es proporcionar un enlace apropiado, de manera que la persona pueda comenzar a dar pasos concretos hacia la translaboración de la crisis, para lo cual mencionaremos los componentes básicos de los primeros auxilios psicológicos

## **CINCO COMPONENTES DE LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS**

1. **Realización del contacto psicológico:** Se define este primer contacto como empatía o “sintonización” con los sentimientos de una persona durante una crisis. La tarea primaria es escuchar cómo la persona en crisis visualiza la situación y se comunica cualquiera que sea el entendimiento que surja. A sí mismo, se debe invitar a la persona a hablar, y escuchar lo mismo que pasó (los hechos) y la reacción de la persona ante el acontecimiento (sentimientos), esto establece lineamientos reflexivos, y así cuando los sentimientos están presentes de manera obvia, (señales no verbales).

Existen varios objetivos para la realización del primer contacto psicológico, el primero es que la persona sienta que la escuchan, aceptan, entienden y apoyan, lo que a su vez conduce a una disminución en la intensidad de la ansiedad; el contacto psicológico sirve para reducir el dolor de estar solo durante una crisis, pero en realidad se dirige a algo más que esto.

**2.- Analizar las dimensiones del problema:** La indagación se enfoca a tres áreas: pasado inmediato, presente y futuro inmediato. El pasado inmediato remite a los acontecimientos que condujeron al estado de crisis (como la muerte de un ser querido, el desempleo, heridas corporales o la separación del cónyuge). La indagación acerca de la situación presente implica las preguntas de “quién, qué, dónde, cuándo, cómo”, se requiere saber quién está implicado, que pasó, cuando, etc. El futuro inmediato se enfoca hacia cuáles son las eventuales dificultades para la persona y su familia; por ejemplo: las necesidades que puede tener un adolescente para pasar la noche o la semana después de haberse fugado de casa.

**3. Sondear las posibles soluciones:** Implica la identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después, identificadas de manera previa. Esto es llevar a la persona en crisis a generar alternativas, seguido de otras posibilidades. Una segunda cuestión es la importancia de analizar los obstáculos para la ejecución de un plan en particular.

**4. Asistir en la ejecución de pasos concretos:** Implica ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta, el objetivo es en realidad muy limitado: no es más que dar el mejor paso próximo, dada la situación. El interventor tomará una actitud facilitadora o directiva en la ayuda al paciente para tratar con la crisis.

**5. Seguimiento para verificar el progreso.** Implica el extraer información y establecer un procedimiento que permite el seguimiento para verificar el progreso. El seguimiento puede suceder mediante un encuentro cara a cara o por teléfono. El objetivo es ante todo completar el circuito de retroalimentación, o determinar si se lograron o no las metas de los Primeros Auxilios Psicológicos: el suministro de apoyo, reducción de la mortalidad y cumplimiento del enlace con fuentes de apoyo, ya conociendo estos pasos cabe mencionar también lo que en un momento dado se puede hacer y lo que no para aplicar mejor este modelo.

**Tabla 2 Indica ¿QUÉ HACER? Y ¿QUÉ NO HACER? EN LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS.**

COMPONENTES	QUE HACER	QUE NO HACER
1. Contacto	Escuchar de manera cuidadosa refleja sentimientos y hechos. Comunicar aceptación	Contar tu “propia historia” Ignorar sentimientos o hechos Juzgar, regañar o tomar partido
2. Dimensiones del problema	Plantear preguntas abiertas Llevar a la persona a una mayor claridad Evaluar la mortalidad	Depender de preguntas de si/no Permitir abstracciones continuas Soslayar las señales de “peligro” Dar la razón del “problema”
3. Posibles soluciones	Alentar la lluvia de ideas Trabajar de manera directa por bloques Establecer prioridades	Permitir la visión de pasar por un túnel Dejar obstáculos sin examinar Permitir una mezcla de necesidades
4. Acción concreta	Dar un paso cada vez Establecer metas específicas de corto plazo Confrontar cuando sea necesario Ser directivo, sólo si debes serlo	Intentar resolverlo todo ahora Tomar decisiones que comprometan por largo tiempo Ser tímido o prometer cosas Retraerse de tomar decisiones cuando parezca necesario
5. Seguimiento	Hacer un convenio para re-contactar Acordar un segundo encuentro Evaluar los pasos de acción	Dejar detalles en el aire o asumir que el paciente continuará la acción de plan por sí mismo Dejar la evaluación a alguien más

Después de conocer los primeros auxilios o la intervención de primer orden mencionaremos los de segundo orden que darán paso a la terapia breve y en un caso especial usaremos el perfil CASIC para adentrarnos en este.

## INTERVENCIÓN DE SEGUNDO ORDEN

### **Terapia Multimodal para Crisis**

Concepto: Se define como la **traslaboración** del incidente de crisis de modo que éste se integre de manera funcional en la trama de la vida, para dejar al paciente abierto, antes que cerrado, para encarar el futuro. La terapia multimodal evalúa cada caso en sus cinco áreas y sus relaciones mutuas. Dependiendo del tipo de relación que se establezca entre ellas y de su secuencia de funcionamiento o activación se buscará una estrategia de tratamiento adecuado.

Para el uso de este tipo de terapia, se sostiene que los trastornos psicológicos provienen con frecuencia de manera erróneas del pesar concretas y habituales, o sea, son producto de “distorsiones cognitivas”. Estas a su vez, derivan a creencias personales o significados subjetivos a menudo aprendidos en las etapas anteriores (generalmente infantiles) de vida, apareciendo de manera inconciente sin que la persona se percate del rol que esta asumiendo.

### **LOS 5 SUBSISTEMAS DE LA PERSONA: PERFIL CASIC**

**Conductual:** Actividades y conductas manifiestas. Patrones de trabajo, interacción, descanso, ejercicio, diete (hábitos de comida y bebida), comportamiento sexual, hábitos de sueño, uso de drogas y tabaco: presencia de cualquiera de los siguientes: actos suicidas, homicidas o de agresión, Habilidades para resolver conflictos o salir de situaciones de gran tensión. Gama de conductas agradables (reforzantes) y desagradables (aversivas).

**Afectiva:** Emociones sentidas con más frecuencia. Sentimientos acerca de cualquiera de los comportamientos citados arriba; presencia de ansiedad, ira, alegría, depresión, temor, etc. adecuación, distorsión o negación de los afectos a las circunstancias. ¿Se expresa o se ocultan los sentimientos?

**Somática:** Funcionamiento físico general, salud, enfermedades relevantes actuales y pasadas. Sensaciones placenteras o dolorosas experimentadas. Influencia del consumo de sustancias y alimentos presencia o ausencia de tics, dolores de cabeza, malestares estomacales y cualquiera otro trastorno somático; el estado general de relajación/tensión; sensibilidad de la visión, el tacto, el gusto, la percepción y el oído.

**Interpersonal:** Naturaleza (asertiva o conflictiva) de las relaciones con otras personas: la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros de escuela o trabajo; identificación de síntoma sistémico; fortalezas y problemas interpersonales, número de amigos, frecuencia del contacto con ellos y con los conocidos; habilidades sociales, papel asumido con los distintos amigos íntimos (pasivo, independiente, líder, como un igual); estilo de la resolución de conflictos (asertivo, agresivo, aislado); estilo interpersonal básico (congeniante, suspicaz, manipulador, explotador, sumiso, dependiente).

**Cognoscitiva:** Manera de dormir y sueños diurnos y nocturnos usuales; representaciones mentales distorsionada acerca del pasado o el futuro; autoimagen; metas vitales y las razones para su validez; creencias religiosas; filosofía de la vida; presencia de cualquiera de los siguientes pensamientos; catastrofización, sobre generalización, delirios, alucinaciones, hablarse a sí mismo de manera irracional, racionalizaciones, idealización paranoide; actitud general (positiva/negativa) hacia la vida. Expectativas sobre la terapia y atribuciones de cambio. Recuerdos, ideas e imágenes incómodas recurrentes.

## **FUNCIONAMIENTO CASIC PREVIO A LA CRISIS**

Una breve historia acerca del desarrollo es necesaria, a fin de apreciar de modo completo la desorganización y el desequilibrio que sigue a un incidente precipitante particular, lo mismo si es un golpe severa aislado, como la pérdida de un ser querido o una relativamente menor es la gota que derrama el vaso después de una acumulación de tensiones.

La valoración de funcionamiento CASIC de la persona, inmediatamente anterior a la crisis incluye el énfasis en lo siguiente:

1. Los medios anteriores para enfrentar y resolver problemas
2. Los recursos personales y sociales más patentes
3. Las fortalezas y debilidades más notables en el funcionamiento CASIC
4. Conflictos irresueltos o asuntos inconclusos que pudieran reactivarse por el incidente
5. Relativa satisfacción o insatisfacción con la vida
6. La etapa del desarrollo previa a la crisis
7. Excedentes y carencias en cualquiera de las áreas de funcionamiento CASIC
8. Metas y estructuras vitales para lograr objetivos
9. Bondad del ajuste entre el estilo de vida y los suprasistemas familia, grupos sociales, la comunidad, la sociedad, instituciones
10. Otras tensiones anteriores al incidente

Los supuestos personales son la forma en que la persona da sentido y significado a su experiencia pasada, actual y expectativas futuras. Estos supuestos personales permanecen “inactivos o dormidos” a lo largo del tiempo en la memoria, y ante determinadas situaciones desencadenantes (p. ej. una enfermedad física, un acontecimiento importante en la vida personal) se “activan o despiertan” y actúan a través de situaciones concretas produciendo a menudo determinados errores del pensamiento (distorsiones cognitivas) que a su vez se relacionan recíprocamente con determinados estados emocionales y conductas.

Las distorsiones cognitivas se expresan a través de las cogniciones de las personas (pensamientos e imágenes conscientes y pre conscientes) que aparecen en las situaciones donde hay una intensa alteración emocional (p. ej. ansiedad, rabia o depresión) y trastornos de conducta (p. ej. conducta de escape fóbica o problemas de relación de pareja). A estas cogniciones se les denominan “pensamientos automáticos”

## **FUNCIONAMIENTO CASIC DURANTE LA CRISIS**

El principal objetivo aquí es determinar (evaluar) el impacto del incidente precipitante en las cinco áreas del funcionamiento CASIC del individuo.

### **Conductual:**

¿Cuáles actividades (acudir al trabajo, a la escuela, dormir, comer y así sucesivamente) han sido las más afectadas por el incidente de crisis?

¿Cuáles áreas no han sido afectadas por la crisis?

¿Cuáles conductas se han incrementado, fortalecido o dañado por la crisis?

¿Cuáles estrategias de afrontamiento se han intentado, y cual fue el relativo/fracaso de cada uno?

### **Afectiva:**

¿Cómo se siente la persona con las secuelas del incidente de crisis? ¿Airado?

¿Triste? ¿Deprimido? ¿Aturdido?

¿Se expresan libremente los sentimientos o se mantienen ocultos? ¿Los sentimientos expresados son los adecuados en el manejo de la persona?

¿El estado afectivo da algunas claves como para la etapa de translaboración de las crisis?

### **Somática:**

¿Existen molestias física asociadas con el incidente de crisis? ¿Es esto una reactivación de problemas anteriores o es algo “totalmente nuevo”?

Si la crisis proviene de una pérdida física (pérdida de un miembro corporal, cirugía, enfermedad), ¿Cuál es la naturaleza exacta de la pérdida, y cuáles son los efectos de ésta sobre otros funcionamientos del organismo?

¿Hay antecedentes de uso de drogas o sustancias que participan en el estado de crisis? ¿Requiere medicación alguna?

### **Interpersonal:**

¿El impacto de la crisis de la persona sobre el inmediato mundo social de la familia y los amigos resulta adaptativo o se encuentra en franca desadaptación?

¿Es posible hacer uso de la red y de los sistemas sociales de ayuda?

Valorar la ayuda disponible de la familia o los amigos

¿Cuál es la actitud interpersonal que se adopta durante el tiempo de la crisis, por ejemplo, aislamiento, dependencia, etc.?

### **Cognoscitiva:**

Las expectativas o metas vitales perturbadas por el incidente de crisis

Las reflexiones o pensamientos introspectivos usuales

El significado del incidente precipitante en la parcialidad y totalidad de la vida

Presencia de los “debería” tales como “yo debería haber sido capaz de manejar esto”

Patrones ilógicos de pensamiento acerca de resultados inevitables

Los patrones usuales para hablarse a sí mismo

El estado del dormir

Imágenes de una fatalidad inminente

Fantasías destructivas

Considerando estos puntos importantes que ayudaran para tener una visión mas amplia de los instrumentos teóricos que se pueden utilizar en la preparación de una técnica aplicada a los diferentes tipos de terapia y que al ser de suma necesidad hay que ponerles mayor énfasis y hasta dominarlos ya que así el desarrollo de la terapia será mas practico y formal.

## **CAPITULO 2**

## **GÉNERO Y MUJER**

El uso de la terapia de intervención en crisis como un método terapéutico para el manejo de la pérdida relación madre hija , por el fallecimiento de la primera debe de ser abordado considerando que aunque el sentimiento de la pérdida impacta de la misma forma a hombres y mujeres; en el plano de lo sociales hace una distinción indicando que la mujer es mas vulnerable, frágil, sentimental, por el hecho de ser mujer , el presente trabajo tiene como fin hacer que los terapeutas traten de la misma forma a unos y otros y que el la practica no influyan los preconceptos “hombre” “mujer”, por tal motivo es menester que el terapeuta no incurra en el error de hacer preconcepciones, prejuicios de las pacientes por el hecho de ser mujer .

Después de haber revisado de manera general los aspectos básicos y los principios fundamentales de la terapia de intervención en crisis, se expondrá, los contenidos que apoyaran el sentido del porque usar un método terapéutico en el caso de las mujeres a las que se les ha muerto su madre , considerando que una de las particularidades es el genero y de que manera este, influye para que el duelo , el sentido de vida ,y el concepto de muerte , influyan en ellas , EL rol femenino ha sido impuesto, a través del tiempo por la cultura y los modelos sociales,. Sin embargo, en el acontecer diario se observa la disfuncionalidad de ésta predeterminación. Es menester reflexionar y actuar activamente al respecto la situación y participación femenina y masculina deben reconsiderarse deben replantearse los papeles y roles sociales tomando en cuenta sus verdaderas características, capacidades y necesidades. Solo a través de ello se conseguirá un verdadero rol de género como construcción integradora de cualidades y rasgos, y no una situación (rol) fundamentado en la diferencia de género sexual, de prejuicios y malas interpretaciones, de ideas dogmáticas e irracionales. Debe subrayarse que las limitaciones de las mujeres en otras

esferas dependen esencialmente de su lugar en la familia, pues es este grupo el núcleo representativo de la cultura e ideología que la rodean.

Esta educación y las expectativas culturales del grupo en el que interactúa, la orientan al servicio de los demás, llevan a la mujer a sentir que puede emplear todas sus cualidades, si las utiliza a favor de los demás, pero no de sí misma, y que ha desarrollado el sentido de que su vida debía guiarse por la necesidad constante de dedicarse a los caprichos, deseos y necesidades de los demás. Se fomenta su desarrollo dentro del hogar y se limita y bloquea su desarrollo como ser individual y social (intereses y expectativas propias) “se supone que se ha de llevar a cabo como si ella no tuviera necesidades propias como si pudiera servir a las necesidades ajenas sin dedicarse a la vez a los intereses y deseos propios. El conflicto aparece cuando al pasar del tiempo la mujer observa que el servicio a los otros, pese a ser necesario para el mantenimiento del grupo familiar, es un trabajo poco fructífero limitante, rutinario, absorbente e ingrato. Al pasar de los años, el fruto de su esfuerzo es criar hijos con vida propia que se independizan en varios aspectos actitud que, además, una “buena madre” debe propiciar quedándose sin proyecto de vida, “sin sentido”, y resintiendo el enclaustramiento y las limitaciones de su campo de acción a que le ha conducido el dedicarse de lleno a la familia y desatender otras posibles ocupaciones. “El ama de casa produce un trabajo social, pero no se halla definido ni calculado en esos términos de producción. Este desconocimiento oficial de su trabajo es amargamente sentido por ésta, e influye mucho en su aburrimiento y su fatiga” Gonzalez, R.(2000)

Al sentirse incómoda, insatisfecha, con síntomas de ansiedad y depresión, la mujer manifiesta un comportamiento disfuncional y un malestar moral que le impiden continuar con sus actividades cotidianas y la incapacitan ante sus responsabilidades. En esta situación, la mujer no entiende claramente el origen de su malestar, solo lo sufre, y la hace percibirse ineficiente lo que, consecuentemente, la lleva a auto devaluarse por sentir que no está haciendo de forma adecuada sus deberes, que no cumple bien con su papel de esposa y madre siente que le falla a la sociedad, a su familia y a sí misma.

Bajo estas condiciones morales es fácil deducir el tipo de conflictos que se desencadenan desorganización del hogar, descuido de los hijos, problemas de diferente índole con el esposo e insatisfacción personal conflictos que, lógicamente, intensifican su problemática y acentúan en la mujer una percepción y una concepción catastrofista y derrotista de la situación lo que, a su vez, promueve la aparición de nuevos síntomas culpa, miedo y sentimientos de indefensión. Estos subrayan su conducta dependiente, miedo a enfrentarse con su realidad y con su individualidad a responsabilizarse de sí misma y a tomar decisiones, a poner en práctica las propias capacidades “la vida del hogar hoy, mirada como vocación, como una carrera, lleva a la mujer a la insatisfacción. La mujer tenderá a trasladar sus ambiciones personales a la vida del marido y de sus hijos. Corre el riesgo de convertirse en una madre abusiva y en esposa devoradora pero también corre el riesgo, para sí misma, de ir aumentando sus frustraciones y sus insatisfacciones. El automatismo de los trabajos caseros realizados en la soledad, favorece y agrava más este sentimiento de decepción.

## **EL SENTIDO DE LA VIDA**

Una forma de dar sentido a la vida consiste en dedicarse a llenar cada día con momentos gratificantes; pues la vida no consiste en escribir grandes libros, en amasar fortunas o reunir un enorme poder, sino en disfrutar cualquier actividad cotidiana, el simple hecho de disfrutar momentos, sentarse a tomar el sol, gozar la belleza de ver la naturaleza, como las hojas cambian de color, la vida es una sucesión de momentos muchas veces los placeres de la vida son arruinados por lo que puede suceder en el futuro (Kushner, 1986).

La vida se compone de presente, pasado y futuro el pasado es rescatado y preservado por medio de recuerdos; el futuro guarda muchas sorpresas no contempladas lo que lo hace incierto, es solamente en el presente donde el ser humano debe elegir entre la gran cantidad de posibilidades que se ofrecen en todo momento y decidir, para bien o para mal cual será el momento de su existencias;

esto es posible mediante la fortaleza íntima que posee y de su capacidad de elegir las mejores posibilidades para elevarse ante cualquier adversidad. El ser humano no debe desatender las oportunidades con intensidad y encontrar el sentido de la vida en el presente, cada persona debe hallar el sentido de su vida por sí misma, y aceptar la responsabilidad que su respuesta le dicta tomando en cuenta la capacidad que el hombre tiene para elegir la actitud personal ante un conjunto de circunstancias (Fromm, 1992).

Un término empleado dentro de la corriente terapéutica denominada logoterapia es el "Sentido de la Vida", su característica principal es ser único como única es cada persona que se va transformando con el tiempo y de acuerdo a las circunstancias; se puede alcanzar por medio de tres caminos distintos: realizando

una acción, teniendo algún principio (por amor) o por medio del sufrimiento. Por medio del sufrimiento se le pide al hombre que no soporte la insensatez de la vida,

sino que asuma racionalmente su propia capacidad de aprender. El verdadero sentido de la vida debe encontrarse en el mundo y no dentro del ser humano o dentro de su propia Psique. Cada hombre en todo momento es responsable de encontrarlo haciendo uso de su capacidad de decidir pues dicho sentido difiere de un día para otro, de una hora para otra; por lo que nadie puede ser remplazado en la función, ni su vida puede repetirse; su tarea es única como única es su oportunidad para instrumentarla, a toda situación vital representa un reto para el hombre y le plantea un problema que solo debe resolver (Frank, 1998) citado en Cadena de los Santos J. M.( 2003).

## CONCEPTO DE MUERTE

La muerte, último momento de la vida, al que todo ser humano se tiene que enfrentar, tanto la de sí mismo, como la de sus seres queridos; sin embargo, resulta difícil abordar este tema, porque el hombre la asocia con sentimientos desagradables. En la cultura de occidente, hablar de la muerte es tocar momentos de dolor y angustia. Su evocación está acompañada de lo enigmático, cubierta con un velo de sufrimiento, implica las más de las veces lo no deseado e inesperado. Por estas razones, sin duda, fray Luis de Granada expuso en sus Meditaciones: “oh muerte, cuan amarga es tú memoria! ¡Cuán presta tú venida! ¡Cuán secretos tus caminos! ¡Cuan dudosa tú hora! ¡Cuán universal tu señorío”!. La muerte puede ser la cura para todos los males que no tienen remedio. Esopo en sus fábulas, admite que es mejor morir de una vez, que vivir temiendo siempre por la vida (Goicoechea, (1970).

La idea de la muerte ha estado presente en el hombre desde la prehistoria, entre sus muchos significados se encuentra el de destrucción y de abandono de las funciones vitales que impiden disfrutar de la vida. Por más que se intente olvidar su sentido, este se encuentra en la propia biología humana; en algunas sociedades, sobre todo del pretérito, la vinculan más a lo que hoy se llama vida, así entre los antiguos mexicas la vida se alcanzaba al morir, para los pueblos guerreros una muerte era un acto heroico y constituía la forma de perpetuar la gloria del fallecido.

El término muerte tiene en esencia un significado cultural y religioso, presenta distintas connotaciones a través del tiempo y espacio geográfico, Esta palabra estremece a la mayoría de las personas, pues se trata de un suceso que origina en la mayoría de los casos crisis trascendentes en la vida de los seres humanos. El asunto de la muerte es evitado, porque se asocia con emociones y sentimientos desagradables, como temor a lo desconocido, o quedarse solo (Jiménez, 1993).

Una de las definiciones propuestas para este suceso es la siguiente: “La muerte es la ausencia de las funciones orgánicas (vitales), que se acompaña de la ausencia de la relación cognitiva del individuo consigo mismo y con su entorno, provocando una ausencia que se prolonga en la conciencia colectiva” (Rebolledo, 1999). Este concepto sugiere tres tipos de muerte:

- a) La muerte biológica.
- b) La relacionada con aspectos Psicológicos.
- c) La social; la que muchas veces se traduce solamente en estadísticas.

### **a) La muerte biológica**

Se refiere a la detención completa, definitiva e irreversible de las funciones vitales, especialmente las del cerebro, corazón y pulmones; opera a nivel de la célula, del órgano y, en última instancia, de la persona en su unidad y especificidad (Thomas, 1991). Concretamente, la muerte biológica se define como el fin inevitable de un proceso natural (Ellis y Dryden, 1989). Sin embargo, se determina el fallecimiento de un ser humano atendiendo al momento en que ha muerto su conciencia. Se le declara muerto no porque sus órganos hayan dejado de funcionar, si no porque ha muerto para la especie humana (Thomas, 1991).

### **b) La muerte en el plano Psicológico**

Despierta distintos tipos de miedo. A lo desconocido, a la destrucción, a la pérdida del cuerpo, al dolor (representa uno de los dolores más fuertes del ser humano, aunado a la desesperanza), a la soledad, a perder el control, a dejar sin resolver los pendientes. O como agrega Kushner (1986), miedo por haber derrochado la existencia, Implica acabar con esa red de intercomunicaciones que significa vivir. Es romper irreversiblemente el poder compartir, intelectual y afectivamente con las personas que se ama; este tipo de muerte es propia del enfermo mental o melancólico; mismo que sufre además, una muerte social, al ser excluido (Reyes, 1999) La muerte psicológica comprende la ausencia de los fenómenos cognitivo-afectivos. Se pierde la estructura del pensamiento y los sueños, cesa la personalidad, la expresión, termina la comunicación con uno mismo y con los demás (Rebolledo, 1999).

### **c) La muerte social**

Se encuentra vinculada con la adultez mayor, ésta es ya considerada con el fin; porque implica el acabamiento socioeconómico para los que han perdido prestigio y capacidad productiva; así como para los que son abandonados en asilos, por otro lado, implica la extinción psicosocial para dementes seniles y semi vegetativos. La vejez se considera como expansión de la

Muerte (Tomas, 1991). Otra razones por las que la muerte social se presenta en la vejez es que los ancianos pierden su empleo, en ocasiones son separados de un grupo social o de la familia que daba sentido a su existencia, van disminuyendo sus facultades mentales, etc. (Cereijido y Blank, 1999). Para la doctora Küblher Ross (1993) “la muerte es un solo paso más hacia la forma de vida en otra frecuencia única, bella, liberadora, que se vive sin temor y sin angustia”, “Morir significa simplemente mudarse a una casa más hermosa” , “Es una nuevo estado de conciencia en el que se continua experimentado, viendo, oyendo, comprendiendo, riendo y en el que se tiene la posibilidad de seguir creciendo”. Ahí se reunirá con los seres amados que murieron anteriormente

Otra forma de clasificar a la muerte es la relacionada con el tiempo, se dice que es lenta cuando abarca un periodo prolongado como consecuencia de una enfermedad terminal. Cuando el como se alarga o cuando el médico incurre en encarnizamiento terapéutico. En cambio la súbita (rápida) sobreviene de improviso, cuando no se espera (Tomas, 1991), Por lo anterior no puede omitirse que la muerte cobra distintas representaciones, pues se vive con distintas características la muerte propia y la de los seres queridos.

## **LA MUERTE DE LOS SERES QUERIDOS.**

La muerte significa el final para algunos; sin embargo, el tiempo continúa para otros, cuando un ser amado muere no hay futuro; sin embargo, en ocasiones el deceso de alguien cercano sirve para acercar a los que quedan, para derribar las barreras cotidianas y liberar las emociones acumuladas; te despierta o te duerme, te hace vivir mejor o te arrastra; además el modo de concebir la muerte influye sobre el grado en que se hace creativa la vida (Lee, 1995). Consiste en un recordatorio de vulnerabilidad y fragilidad de la vida, lo importante que es vivir intensamente (Fonnegra, 2001).

La muerte es desagradable y dolorosa, aunque se trate de entender, por medio de un concepto personal y se encuentra firme y profunda la fe y espiritualidad, de todos modos duele perder (Reyes, 2000). Sobre todo cuando se trata de seres queridos, ya que son insustituibles.

Es importante tomar en cuenta que el impacto que provoca tanto la muerte propia como la de los seres queridos se ve influido por los factores como: 1) sexo al que se pertenece (en las mujeres es permitido expresar el dolor por medio del llanto), 2) edad (todo es relativo, el concepto de muerte es distinto para un niño, un adolescente, un adulto o un anciano), 3) nivel económico, 4) nivel cultural, 5) estado civil, 6) umbral del dolor, 7) nivel de frustración, 8) concepto personal de muerte, 9) cambios físicos y psicológicos (en caso de enfermos terminales que tengan que sufrir mutilaciones), 10) madurez emocional (elementos del sujeto en el manejo de pérdidas), 11) vínculo (tipo de relación que se tiene con el enfermo), 12) periodo de advertencia previo al suceso, 13) relación muy íntima o muy hostil, 14) quién es para el doliente el difunto, qué representa, 15) responsabilidades impropias, 16) tipo de muerte (inesperada, repentina, por enfermedad aguda, violenta, aborto suicidio) (Fonnegra, 2001)

## **La muerte de los padres**

Afecta íntima y profundamente, porque son insustituibles (solo se tiene una madre y un padre); por lo tanto siempre se notará la sensación de orfandad. La relación con los padres, tiene siempre una enorme carga emocional, pues son las primeras figuras de autoridad. Cabe mencionar que la madre representa el amor, la sobreprotección, el padre representa seguridad y amenaza, por ello no significa lo mismo el deceso de uno u otro, tiene diferentes implicaciones perder a un buen progenitor que a uno que no lo es, tampoco es lo mismo perder a uno de ellos en la niñez, adolescencia o edad adulta. Es un suceso que resiente toda la familia; por lo que es necesario involucrar a toda la familia en el proceso, y tomar en cuenta que cada uno pierde algo diferente, el hijo a un padre, la pareja al suegro, los nietos al abuelo, los amigos también sufren por su partida. Hay que tener presente que la primera pérdida del niño puede ser la de los abuelos y ésta marcará su vida, y que generalmente el primer fallecimiento al que se enfrenta un adulto suele ser el de los padres (Lee, 1995)

## **La muerte de la pareja**

Es un golpe psicológico grave, una de las pérdidas más grandes de la vida, la aceptación y el reajuste a la realidad es un proceso prolongado, lento y doloroso; no se tiene la preparación para experimentar la devastación emocional que este deceso produce, tomando en cuenta que incluye la pérdida física, que implica quedarse solo, el cambio de roles, planes, proyectos, la vida emocional, la sexualidad, aumentan las responsabilidades el llevar una familia solo y mucho más, Aparece la culpa por las cosas que no se debieron hacer, o por cosas que debieran hacerse y no se hicieron suficientemente, esto incluye actos, omisiones, palabras e incluso pensamientos. Los resentimientos (por haberse quedado solo). Son otro componente de este acontecimiento, cuando ha muerto la pareja

no hay posibilidades de reconciliación, la muerte es absoluta y aceptarlo es doloroso, se pierde el equilibrio porque la relación termina de una forma no esperada. No se deja de amar a la pareja fallecida y su recuerdo perdurará, ser viudo(a) es ser soltero (a), y se debe valorar la conveniencia de una nueva pareja. Las relaciones amorosas y la sexualidad son una necesidad, pero es importante no caer en los extremos (Fonnegra, 2001. Cita: Cadena de los Santos J. M. la actitud hacia la vida en relación con la actitud hacia la muerte, 2003, UNAM Tesis.

## **DUELO**

En el diario vivir ocurren eventos significativos que generan modificaciones personales y familiares, tales modificaciones, en ocasiones, traen consigo pérdidas de algunos objetos, personales, lugares, pensamientos, expectativas, la salud, etc., a los que se está estrechamente unido, lo cual puede generar desesperación, pues es difícil aceptar tales pérdidas.

En el momento de experimentar dichas pérdidas se vive un proceso de duelo, en el cual, la persona atraviesa por diferentes etapas que le ayudarán a aceptar lo sucedido.

Definición: la raíz etimológica de la palabra duelo proviene del latín dolos que significa dolor, lástima, aflicción o sentimiento (Diccionario Enciclopédico Salvat, 1978) y con frecuencia se relaciona con la muerte.

Para Freud (1917), el duelo es una reacción frente a la pérdida de una ser amado o hacia una abstracción como la patria, la libertad, un ideal la salud, es decir, aquello que simbolizó la pérdida de un objeto amado.

De acuerdo a Linderman (1944), el duelo es un síndrome específico, es un proceso en el cual se rompen los lazos afectivos que unían a las personas. Para Meyer (1983), el duelo es la inmersión al dolor por el abandono del objeto, por la unión que se tenía con él y para De la Fuente (1998), el duelo es el prototipo de la reacción humana ante la pérdida de objetos a los cuales se están estrechamente ligados, como son: personas, situaciones, ideas, esperanzas, meras posibilidades, etc.

Fases o etapas que atraviesa una persona al tener una pérdida significativa, según O'Connor, (1997) son:

- a) Negación. Es el entumecimiento y la incredulidad que protegen al afligido de la angustia.
- b) Rabia. Es el temor a no poder satisfacer las necesidades propias a tomar las decisiones apropiadas, a ser capaz de manejarse financiera, emocional y físicamente. En esta etapa se puede sentir rabia hacia Dios, hacia la persona o hacia la entidad por abandonarlo. Si dicha rabia se proyecta por mucho tiempo hacia otros, se hunde en la amargura, el resentimiento y la enajenación.
- c) Culpa. Surge después de haber hecho, dicho o pensado algo, pero en realidad no se deseó haberlo realizado.
- d) Negociación. Prosigue en nuestra mente como una ayuda para ganar tiempo antes de aceptar la pérdida, como el desear una nueva cura, un milagro, prolongarse la vida hasta una fecha de celebración como la navidad o hacer un trato con Dios.
- e) Depresión. Es el enojo dirigido hacia uno mismo. Incluye sentimientos de desamparo, falta de esperanza, impotencia, perturbación en el ánimo, tristeza, decepción, soledad, aislamiento y se desvanece el goce para realizar las actividades previas.
- f) Aceptación. Se puede hablar de la pérdida sin expresar emociones de anhelo y tristeza, sin necesidad de aferrarse al pasado y a su recuerdo, se empieza a ver las cosas con realismo, hacer planes para el futuro y vivir en el presente.

Para De la Fuente (1998) las fases del duelo son:

- a) Negación. Si la pérdida de la persona o el ser amado es súbita e imprevista, la reacción inicial es de incredulidad y hay resistencia en el aceptar el hecho, sino es súbita y ha sido imaginada muchas veces, el evento es menos traumático. La reacción humana inicial, ante la pérdida inesperada, es la negación.
- b) Aflicción. Cólera y quizá la culpa. Esta fase es un estado de excitación, alarma inquietud e hiperactividad, acompañada de alteraciones fisiológicas tales como el insomnio, pérdida de peso, etc. La aflicción generalmente no es continua, sino que viene por oleadas.
- c) Restablecimiento del equilibrio. El proceso que se inicia con la negación del hecho, culmina con su aceptación y el restablecimiento del equilibrio.

## **Expresiones del duelo**

Para Lindermann (1944), las personas que se enfrentan al duelo siguen un patrón uniforme y describe el siguiente síndrome: “sensaciones de angustia física que se presentan en periodos de 20 minutos a una hora, sensación, de opresión en el pecho, dificultad para respirar, necesidad de suspirar y una sensación de vacío en el abdomen, falta de fuerza muscular y una intensa angustia subjetiva descrita como tensión o dolor psíquico”.

A partir de la definición de este síndrome, se han realizado diversas investigaciones que ofrecen una idea completa acerca de las expresiones normales del duelo, las cuales son: emocionales, físicas, cognitivas y conductuales.

## **Expresiones emocionales**

Las expresiones emocionales incluyen una basta gama de sentimientos como la tristeza, el enojo que puede llegar a la ira dirigida hacia la pérdida, hacia otros o hacia sí mismo, culpa que por lo general no cuenta con una base lógica, ansiedad ante el hecho de estar solo, soledad, impotencia, shock, anhelo, emancipación, alivio e insensibilidad o bloqueo (Lindermann, 1944 citado en Greenberg, 1985; Worden, 1991)

Para Worden (1991), las manifestaciones emocionales más comunes en el proceso de duelo son: tristeza, rabia, culpa, ansiedad, soledad, fatiga, desamparo, anhelo, emancipación, alivio y embotamiento.

### **Expresiones físicas**

Parkes (1972) señala al llanto y el sollozo como expresiones físicas del duelo. Para Worden (1991) la sensación de vacío en el estómago, opresión en el pecho o garganta, sensibilidad al ruido extremo, asfixia, debilidad muscular y boca seca, son las expresiones físicas, mientras que para O'Connor (1997) hay presencia de dolores, indisposiciones, fatiga, mala digestión, perturbaciones en el sueño. Kálish (1985) hace mención de que afecciones cardíacas, dolores de cabeza, indigestión, vómitos, palpitaciones y dolores en el pecho se ha asociado a una pérdida importante.

### **Expresiones Cognitivas.**

Algunas expresiones cognitivas del duelo son: Incredulidad, confusión, preocupación alucinaciones, necesidad de buscarle un sentido a la pérdida, cambios en las creencias acerca del mundo y de sí mismo, por último el doliente busca la manera de tener presente la mejoría del objeto perdido (Bowlby (1982).

### **Expresiones conductuales**

Aparecen trastornos del sueño y el apetito que pueden reflejarse en disminución o aumento en tales conductas, comportamiento distraído, errático, intensa actividad sin propósito ni organización (hiperactividad), aislamiento que puede ser un reflejo de la pérdida de interés en el mundo externo y llanto (Lindermann, 1944 cito en Greenberg, 1985; Worden, 1991).

**Duelo patológico.** Existen diferentes maneras en las que se puede observar la manifestación de un proceso de duelo que ha tomado un curso patológico. Para Bowlby (1992), Reyes (1991), Worden (1991) y Albengózar (1994), las variantes de duelo patológico son: Crónico, ausente o inhibido y aplazado.

**Duelo Crónico.** El duelo crónico se refiere a una respuesta intensa y prolongada del mismo, se caracteriza por un estancamiento en la depresión y la resistencia a aceptar la pérdida como un hecho definitivo, predominan la ansiedad, el desconsuelo, la desesperación, el auto reproche e intensos accesos de llanto y/o de cólera (Glick, 1974 y Parkes, 1975, citados en Bowlby, 1982)

Freud (1917) se refirió a la melancolía como la manifestación patológica del duelo crónico, donde el cuadro normal se agrega un enorme empobrecimiento del yo que se refleja en repetidos auto reproches y necesidades de castigo que le conducen a la denigración del propio yo.

**Duelo ausente o inhibido.** La persona rehuye a cualquier recuerdo de pérdida y muestra jactancia por su autocontrol, actuando como si nada hubiera ocurrido, no obstante se muestra recia en aceptar el consuelo y la simpatía de otros. Se brindan cuidados excesivos a otras personas, es decir, traslada su propia tristeza y necesidad de consuelo. Frecuentemente padece de dolores de cabeza, úlcera, taquicardias, insomnio, pesadillas, estallidos de tristeza (Bowlby, 1982).

### **Duelo aplazado.**

Esta variante de duelo patológico se desencadena al momento de sufrir una pérdida, en apariencia menor, a una pérdida anterior que no fue aceptada, al alcanzar la edad que tenía el ser amado al morir. Puede ocurrir que al paso del tiempo la persona se llegue a sentir infeliz en su vida y con sus relaciones interpersonales. El riesgo de patología aumenta en la medida en que sea mayor el lapso de tiempo que trascorra sin elaborar el duelo (Bowlby, 1982). Cita: Pérez de la Cruz M. I.. 2005. Importancia de la intervención del psicólogo para que la personal acepte su diabetes mediante la elaboración del duelo. UNAM. Tesina.

## **El proceso del duelo.**

No hay que olvidar, que tanto el luto como el duelo son periodos importantes, ante el fallecimiento de un ser querido. El primer designa el conjunto de actitudes y comportamientos estrictamente impuestos por la colectividad a todos aquellos que por su origen, sus alianzas o su condición les atañe el desaparecido, cualquiera que sea el vinculo afectivo que les unía a él. El segundo se refiere a la vivencia penosa y dolorosa que causa todo lo que ofende al impulso vital, expresa además una serie de relaciones y actitudes consecutivas a la pérdida, que varían de acuerdo a la relación que se tenía como el desaparecido. El luto se diferencia del periodo de duelo, porque consta de actitudes ritualizadas en torno a la muerte de un ser querido (Tomas, 1991). Algunos ritos relacionados con la muerte abren un espacio para la expresión de la tristeza (Lee, 1995).

Tras toda pérdida sobreviene el duelo: ésta se produce a niveles muy distintos, desde el superficial hasta al de la auténtica comprensión; en función de la personalidad individual, naturaleza y contexto de la relación con el fallecido, puede consistir un periodo de extraordinaria frustración o de una serie de etapas para superar tal situación. Se dice que tiene como medida cultural un año, al cumplirse este ciclo de ritos y festejos que ayudan a superar la ausencia definitiva de aquel que algún día estuvo presente y se vuelve a la vida cotidiana (Lee, 1995).

En los familiares se presenta el duelo preparatorio, mismo que se refiere a la idea de la ausencia del ser querido cuando se tiene el conocimiento de que éste posee una enfermedad que lo llevará a la muerte; constituye una serie de ideas en torno a la preparación para el desenlace y elaborar así el duelo real (Rebolledo, 1999).

Integrar el duelo significa reconocer el sufrimiento, aceptar que el ser querido ha muerto, desprenderse de él, reacomoda asuntos que quedaron pendientes; resolver la ausencia sustituyéndola por el recuerdo; es un proceso personal, un

asunto íntimo que no puede ser compartido y cada uno tiene su manera de superarlo, Implica recordar al ser amado y los momentos pasados; depende además de la capacidad de conservar un buen recuerdo, una buena imagen y muchas veces una identificación con sus mejores aspectos.

También es necesario que se asuma el derecho a tener un destino diferente, seguir viviendo a pesar de que el que se ha ido (Lee, 1995) El duelo comprende tres momentos:

- 1) Dolerse mediante la evocación verbal del fallecido, reconocer el dolor que provoca y darle sentido.
- 2) Regresar a la vida cotidiana separando el pasado del presente y el futuro, ya que en casos de enfermedad termina el tiempo se compacta y se estanca en el presente; y
- 3) Encontrarle un lugar a los muertos, integran psicológicamente su recuerdo.

Sin embargo, mientras que el duelo normal permite reorganizar las experiencias y vivencias compartidas con el fallecido y reorganizar la realidad; el duelo patológico se presenta cuando se pierde el sentido de la realidad por no reconocer la pérdida. Cabe mencionar que este proceso lleva tiempo y depende de la relación misma, de la intensidad de las vivencias compartidas con el ser que se ha ido, de los arraigos, de los pendientes, todo esto requiere que sea ordenado (Rebolledo, 1999)

Otra manera de superar el duelo es utilizando el método de las seis R. (Fonnegra, 2001)

1. Reconocer la pérdida: admitir y entender la muerte.
2. Reaccionar ante la separación, permitirse sentir esto, aceptar y expresar emociones y sentimientos.
3. Recordar y experimentar la relación: admitir y revivir los sentimientos, los recuerdos y los momentos compartidos, buenos o malos en forma realista.

4. Replantear los papeles: estar dispuesto a replantear la identidad previa, el estilo, los valores y las prioridades de la anterior forma de vida, y aceptar lo irremediable.
5. Reacomodarse: aceptar a un mundo nuevo, diferente e incompleto si se le compara con el anterior; sustituir la relación presencial por una de nostalgia y recuerdos.
6. Reinvertir la energía psicológica: orientar el amor, el interés, y la dedicación que ligaba al doliente con quien murió, hacía la búsqueda de nuevos proyectos, ilusiones, afectos y motivos para vivir.

Por otro lado la Tanatología dice que hay cinco fases en el duelo y éstas son caracterizadas por la negación o aislamiento, rabia o ira, idealización, regateo o negociación y depresión.

Es importante recordar que estas fases no se dan de manera sucesiva, y no es el objetivo “diagnosticar” en que fase se encuentra, el objetivo se centrará en acompañarlo y en generar alternativas de afrontamiento, siempre trabajando el “aquí y ahora”.

### **Negación o aislamiento**

Es un mecanismo de defensa primaria. Es una reacción humana ante la noticia de una enfermedad mortal o algo que genere una gran tensión inesperada, donde el paciente no tiene el control.

- No creo lo que me está sucediendo
- No puede estar pasándole a ella
- No, yo no, no puede ser verdad
- El diagnóstico de mi hijo no estuvo bien hecho

## **Rabia o ira**

Es una reacción que tiene un antecedente de amenaza, en el cual se enaltecen o sobrevaloran los recursos propios de una forma violenta para controlar o contener el entorno.

Este enojo se puede identificar porque reniegan contra Dios, manifiestan envidia por que otros están sanos y/o se inconforman sin fundamento con el personal hospitalario.

Cuando la hostilidad se asocia con situaciones de muerte, generalmente es un indicador de que el paciente experimenta impotencia por lo que ha hecho, dicho o dejado de hacer y no ha podido modificar el curso de la enfermedad.

- ¿Por qué a mí?
- ¿Por qué no le pasó a él en vez de a mi esposo?

## **Idealización**

Idealizar a la persona muerta o a la relación que se tuvo con ella puede representar una evasión para no sentir el sufrimiento engendrado por la cólera o la culpa.

## **¿Qué se hace?**

Es necesario reflejarles su enojo, no como reclamo, ni tampoco negándoles la ayuda, ellos generalmente lo que más necesitan es que no se les abandone o rechace, seguramente ya mucha gente lo ha hecho.

Es muy importante recordar que los reclamos no son personales, es solo que ellos están tratando de canalizar su ira por algún lado.

Ejemplo

- Me da la impresión de que usted está molesto por lo que está atravesando ¿es así?

También se puede validar el enojo

- Es natural que esté molesto, ¡con todo lo ha atravesado!

## REGATEO O NEGOCIACIÓN

En el deseo de prolongar la vida propia o de los seres queridos, los pacientes hacen pactos o promesas, generalmente las hacen con su Dios o alguien a quien le asignen algún poder (médicos) y se guardan en secreto o se dicen entre líneas.

¿Qué se hace?

Es probable que tras estas promesas haya sentimientos de culpa que deseen resarcir, por lo que es muy importante estar muy alerta de estas promesas y las aclarará con los pacientes.

Se alentará a la persona a terminar sus pendientes.

El anhela que si hace algo “bueno” tendrá una recompensa y se le concederá su deseo “Hacer algo o dejar de hacer algo”.

- Me contentaré con mi hermana si mi papá pasa la navidad con nosotros.

Generalmente este pacto incluye una fecha de vencimiento impuesto por el paciente mismo.

## DEPRESIÓN

### Anticipatorio

### Reactiva

Cuando los pacientes o familiares ya no pueden seguir negando la enfermedad son invadidos por una sensación de pérdida.

Hay dos tipos de depresiones que atraviesan las personas que enfrentan la posibilidad de una muerte o el fallecimiento de una persona allegada.

La **depresión reactiva** que se da por los cambios que experimenta durante el proceso de muerte y las preocupaciones que deja.

- Pérdida de rol
- Quién cuidará de sus hijos

¿Qué se hace?

Es en esta etapa que se promueve que el paciente identifique todos los recursos personales, sociales e institucionales de los que pueda ayudarse en ese momento.

Ejemplos

- Vincular con instituciones que brinden apoyo tanatológico.
- Identificar familia o amistades que puedan cuidar de sus hijos.
- Promover que el paciente elabore un rol en los cuidados del familiar, para que no sea un solo quien se encargue de esto y se desgaste tanto física como emocionalmente.
- Cuidados paliativos.

La depresión anticipatorio es cuando la persona ya se prepara para la pérdida inminente de todos los objetos de amor.

Analiza que ha hecho con su vida.

Cuáles han sido las intenciones de sus actos.

¿Qué se hace?

Se aplica escucha activa y acompañamiento, ya que es de suma importancia que el paciente pueda expresar su dolor, por que esto puede permitir que elabore su proceso y más adelante pueda llegar a la aceptación.

¿Qué no se hace?

No se le debe animar al paciente a ver el lado positivo de la situación, eso significaría que evitaría pensar en la muerte como realidad y evadirla.

Ejemplos

El paciente está a punto de perder todas sus cosas y a sus seres queridos, no se le debe decir.

- ¡Ya no esté triste!
- Pronto se recuperará

## **Aceptación**

Es cuando el paciente ha tenido el tiempo suficiente de atravesar las fases anteriores. Seguramente estará cansado. Es importante no confundir y creer que la aceptación es una etapa feliz, sucede como si el dolor hubiera desaparecido y se acepta la realidad.

Es importante recordar que las etapas son fluctuantes y de pronto pasar de la aceptación a la ira nuevamente. Sin embargo el paciente en todo momento mantiene la **esperanza**.

## **TIPOS DE DUELO**

### **Tipos de pérdidas**

#### **Oportunas**

Se dan después de un sufrimiento prolongado o en la vejez. (Depende de la persona y las circunstancias que le rodean).

#### **Inoportuna**

Muerte súbita, relación de apego y de distancias (conflictivas).

#### **Inadmisibles**

Aquellas que son sorprendidas (error médico, negligencias, accidentes, homicidio, suicidio).

## **DUELO POSITIVO**

- Proceso siempre será doloroso y ocurre en el momento de la pérdida.

### **Ruptura de hábitos antiguos**

- Se acompaña esta etapa de la negación
- Trastornos en el sueño y en la alimentación
- La tristeza y las lágrimas aparecen en el momento menos inesperado

- Desde el fallecimiento hasta aproximadamente las 8 semanas (2 meses)
- Habla con el fallecido (se despide, cierra su duelo)
- Familiar visita la tumba constantemente (se reconfirma la pérdida)
- Desgaste de energía (llanto y emociones)
- Recomendable No tome decisiones importantes

**Reconstrucción de la vida** a pesar del sufrimiento se encuentra un sentido nuevo a la vida)

- Dos meses al año ya de paz
- Lágrimas siguen brotando
- Etapa peligrosa (se asocia al consumo de fármacos y otras sustancias para no contactar el dolor)
- Es factible que ocurran accidentes o enfermedades
- Ya casi no está acompañado, se tiene que enfrentar a su pérdida y al dolor
- Días festivos y aniversarios son muy difíciles

### **Búsqueda de nuevos objetos de amor y amigos**

De 12 a 24 meses

- Aún hay tristeza, pero ya se empiezan a hacer cosas distintas
- Ya está recuperados los hábitos
- La salud se normaliza y ya no se piensa tan frecuentemente en la persona que se fue.

Término de ajuste (hay un equilibrio)

2 años después de la muerte del familiar

Aceptación de la muerte de la persona

## **DUELO NO RESUELTO**

### **“Duelo no llorado, duelo no superado”**

- Un pesar intenso que no disminuye con el tiempo, se vuelve una manera de ser
- Desconsuelo profundo y doloroso permanente
- Culpa a los demás de todo lo que acontece
- Una característica es momificar el entorno (no se cambia nada, como si nada hubiera pasado)
- Depresión, alcoholismo o adicciones u otra actividad autodestructivo
- Hipocondría (afección caracterizada por una gran sensibilidad del sistema nervioso con tristeza habitual y preocupación constante y angustiosa por la salud)

### Factores que facilitan el duelo crónico

- Ausencia de sufrimiento (cuando el familiar continúa viviendo como si nada hubiera sucedido, usa mecanismos de protección, características de las personas auto-imagen de autosuficiencia, independiente y controlador, personas que no hablan de sus sentimientos, quienes se preocupan excesivamente por el bienestar de otros, individuos que tienen dificultad en establecer relaciones duraderas.
- Cuando se posterga (el familiar puede tener una reacción emotiva en el momento de la pérdida, pero no es proporcional con la pérdida, el sufrimiento se presenta más adelante, ante una pérdida menor. La persona racionalmente reconoce la pérdida, pero emocionalmente niega la realidad
- Cuando se distorsiona (sólo se enfatiza algún receso del duelo y se reprimen los otros).

## **OBSTÁCULOS EN EL ACOMPAÑAMIENTO**

Abordar el tema de la muerte no es sencillo y se pueden generar en quien atiende diversos sentimientos, para lo cual se requiere que este se encuentre en contacto continuo con sus emociones y sea muy honesto consigo mismo. Ya que si no visualizan estas emociones se pueden traducir en obstáculos que impidan al tanatólogo realizar un acompañamiento efectivo.

- Intolerancia
- Impulsividad
- Lástima
- Indolencia

### **¿Qué es la intolerancia?**

Se identifica cuando el tanatólogo busca argumentos en el discurso del paciente para emitir juicios de valor sobre lo que este hace, piensa o deja de hacer, los cuales están basados en el sistema de creencias del tanatólogo y no muestra respeto por el paciente.

### **¿Qué es la impulsividad?**

Se detecta por la falta de control del tanatólogo, al percibirse ansioso interrumpiendo al paciente, anticipándose a las respuestas de este y sesga la información al sugerir respuestas.

### **¿Qué es la lástima?**

Proviene de “Lastimare herir o hacer daño a alguien”. Esta circunstancia promueve que el tanatólogo sesgue la ayuda al paciente movido por sus propios intereses y creencias.

### **¿Qué es la indolencia?**

Cuando el tanatólogo se aburre, se distrae o cambia de tema de conversación hacia algo que él no sienta tan amenazante a sus propias emociones.

### **NUNCA DECIR**

Ante la pérdida reciente de una persona nunca se deberán hacer sugerencias directas como **“Ya no esté triste, pronto podrá tener otro hijo”**. Esta es una frase agresiva que está negando la pérdida de su hijo y sugiriendo que su hijo puede ser sustituido.

**“Cómprase una mascota para que no se sienta tan solo”** Nunca se recomienda que ante la pérdida de un ser querido, se adquiera una mascota para que le acompañe, es también sugerir que el ser querido puede ser sustituido por un animalito.

**“Cámbiese de casa para que olvide pronto”**. Es importante que la persona viva su duelo y logre aprender a vivir sin su ser querido, además, recordar que no es conveniente que el paciente tome decisiones drásticas en este momento que le podrían afectar a largo plazo y facilitar un duelo crónico.

“Usted tiene que aceptar que la enfermedad de su hijo es incurable”. Es importante que siempre se fomente la **ESPERANZA**.

## **CAPITULO 3**

## **Solución de problema**

En el modelo cognitivo conductual existen muchas técnicas que apoyan al proceso estas determinan los mecanismos a utilizar en una terapia, y que coadyuvan a la mejor realización y aprovechamiento de los recursos técnicos y metodológicos del modelo, por lo que es este caso mencionaremos algunas de las técnicas que apoyaran la propuesta y que formaran parte del fundamento teórico.

La Técnica de solución de problemas va encaminada a producir una conducta efectiva en términos de las respuestas que dan un individuo ante situaciones problemáticas en ambientes sociales, académicos, laborales y otros en los que una conducta efectiva se considere importante. D` Zurilla y Goldfried (1973) definen la conducta efectiva como “una respuesta, o patrón de respuestas, que alteran la saturación de tal manera que ésta deja de ser problemática, y al mismo tiempo, produce un máximo de consecuencias positivas y un mínimo de negativas”.

Por lo tanto el objetivo es identificar la alternativa más efectiva.

La técnica consiste en cinco pasos: 1. Orientación general, 2. Definición de problema y formulación, 3. Generación de alternativas, 4. Toma de decisión y 5. Verificación.

### **1. ORIENTACIÓN GENERAL**

En esta primera fase se desarrolla en el sujeto una actitud que implica:

- ❖ Reconocer y aceptar la existencia de situaciones problemáticas
- ❖ Inhibir cualquier tendencia a actuar impulsivamente o bien quedarse “sin hacer nada”
- ❖ Identificar los eventos externos que generan las dificultades
- ❖ Mostrarle que tiene la habilidad para resolver las situaciones problemáticas

- ❖ Finalmente se describen y discuten la naturaleza y objetivos del entrenamiento en solución de problemas.

## **2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMAS Y FORMULACION**

Se define el problema en términos claros y específicos. Estudiando la situación, buscando los elementos más relevantes y describiendo los hechos en términos claros y concretos, se busca que el sujeto vea como importantes algunos aspectos considerados hasta entonces como irrelevantes.

Posteriormente se formulan los objetivos meta para la solución de problemas

## **3. GENERACION DE ALTERNATIVAS**

En esta fase se intenta a través de un proceso creativo y/o de recuerdo de desarrollar posibles soluciones. Se pueden recordar antiguas soluciones en situaciones similares, también se pueden combinar elementos de diferentes respuestas para aplicarlas a situaciones nuevas. Se le solicita al sujeto que dé respuestas asociativas con respecto a la situación específica, lo importante es impedir bloqueos que inhiban el proceso asociativo, lo cual se logra no juzgando las posibles alternativas, por ello se utiliza frecuentemente la técnica de “lluvia de ideas”. El principio básico es que la cantidad puede mejorar la calidad, esto es, mientras más alternativas genere el sujeto, es mayor la probabilidad de llegar a la mejor solución posible.

## **4. TOMA DE DECISION**

Es la fase más difícil ya que se base en las expectativas del sujeto acerca de las posibles consecuencias de las diversas alternativas generadas. Se le solicita el sujeto que anticipe, en la medida de sus posibilidades, las posibles consecuencias de cada alternativa y considere el valor y la probabilidad de ocurrencia de dichas consecuencias y, con base en ello, que seleccione aquella alternativa que parezca tener las mayores posibilidades de resolver satisfactoriamente el problema y que, a su vez maximiza las consecuencias positivas y se minimicen las negativas.

Para lograr lo anterior el sujeto requiere de habilidades, tales como:

- ❖ Habilidad para especificar la naturaleza exacta de los resultados
- ❖ Habilidad para especificar que un resultado es mejor, igual o peor que otra
- ❖ Habilidad para especificar todos los resultados posibles y
- ❖ Habilidad para asignarle probabilidades bien definidas a los posibles resultados.

Categorías de posibles consecuencias

Se le pide al sujeto que se haga a sí mismo la pregunta

Si tomara esta alternativa, ¿Cuáles serían las cosas que probablemente pasarían como resultado de mi decisión? Se le indica que considere las consecuencias en cuatro categorías: personal, social, a corto plazo y largo plazo.

1. Personales: el sujeto tendrá que valorar cosa alternativa en término de las necesidades personales que le satisfacen, las metas personales, a la que dicha alternativa podría dar apoyo y los efectos que podría tener en sus sentimientos y emociones.
2. Sociales: Considerar los efectos que cada alternativa tendría sobre personas significativas y sobre las reacciones de otros hacia él.
3. Corto plazo: Los efectos personales y sociales inmediatos.
4. Largo plazo: Consecuencias personales y sociales a futuro como resultado de los efectos inmediatos a cada alternativa

## **5. VERIFICACION**

Por último y suponiendo que el sujeto realizó la alternativa de solución que se seleccionó, se le pide que verifique su alternativa observando cuáles fueron las diversas consecuencias de su acción y comparando este resultado con el esperado con base en el cual se tomó la decisión.

Cabe señalar que la meta de la estrategia de solución de problemas no es enseñar respuestas específicas en situaciones específicas, sino mostrar una estrategia general para la solución de problemas aplicable a cualquier problema, ya sea personal o de interacción social.

## **Relajación muscular progresiva**

Si bien la relajación muscular progresiva es parte importante de la desensibilización sistemática, puede utilizarse por sí misma como una herramienta terapéutica poderosa. Es frecuente que los terapeutas la empleen por sí misma en el tratamiento de una extensa variedad de enfermedades (incluyendo la ansiedad generalizada, insomnio, dolores de cabeza, cuello y espalda, dolor menstrual, calambre del escribiente e incluso formas benignas de depresión agitada). Además no hay nada en la naturaleza de este procedimiento que prohíba su utilización dentro del contexto de psicoterapias más tradicionales, o durante el transcurso del asesoramiento a corto plazo.

La premisa fundamental es que la tensión muscular se relaciona de alguna forma con la ansiedad y que un individuo experimentará una confortante y marcada reducción de la ansiedad sentida si puede lograr que los músculos tensos se aflojen y se pongan flácidos. Un método poderoso y eficaz para producir dicho estado de relajación muscular, consiste en la tensión y relajación sucesivas de los músculos disponibles en una secuencia ordenada, hasta que todos los principales grupos musculares del cuerpo se relajen.

Los terapeutas de la conducta difieren un tanto respecto del orden en que deben relajarse los músculos, la duración de la flexión y relajación, así como el grado en que las sugerencias del tipo hipnótico deben emplearse (consúltese a Paul, 1969 en relación con un análisis más detallado de esas diferencias). Sin embargo, conviene subrayar que las diferencias tienden a ser menores. El método que utilizamos, y que se presenta a continuación, es muy semejante al que comunican Wolpe y Lazarus (1966).

## **Enfoque racional-emotivo**

Numerosas escuelas de terapia previenen seriamente a sus especialistas contra la adopción de un acercamiento directo a interpelación. Sin embargo, en la realidad los terapeutas de tales escuelas practican mucha interpretación como Víctor Raim y otros han señalado claramente. En la TRE se adopta una actitud muy directa sobre la interpretación de los verbalismos y los comportamientos de los pacientes, a fin de que ellos puedan lograr una perspectiva de sus pensamientos y sus actos y sean capaces de usarla para hacer cambios fundamentales en algunos aspectos importantes de su funcionamiento, bueno o malo. El punto de vista de interpretación de la TRE está diseñado en *Humanistic Psychotherapy: The Rational Emotive Approach*. Ahora se aplicara específicamente. Con objeto de que se pueda interpretar las causas y consecuencias de los trastornos mostrados por los pacientes, y que como profesional del cuidado de la salud continuamente se encontrara. Al utilizar la TRE, se han hecho muchas interpretaciones que son algo similares a las hechas por terapeutas de otras escuelas, incluyendo a los psicoanalíticos y los neo-psicoanalíticos. Al mismo tiempo, si usted emplea la TRE, tenderá a evitar muchas interpretaciones que otros terapeutas hacen. Ellis A. *Terapia racional emotiva*, Pax Méx. 2000. Pág. 43.

La imagen humana desde el punto de vista racional-emotivo sostiene que los seres humanos nacen con fuertes predisposiciones biológicas, entre ellas una poderosa tendencia a tener relaciones de sexo-amor y a vivir en algún tipo de grupo familiar. A continuación, tienen también una fuerte predisposición a ser enseñados y aprender fácilmente desde que nacen las costumbres y tradiciones de las personas significativas con quienes viven, en particular los miembros de su familia de origen (Ellis, 1982). La postura racional-emotiva postula que los seres humanos son falibles, por naturaleza; la perfección es un ideal inalcanzable.

Siendo falibles, los seres humanos tienen una tendencia natural a cometer errores y a derrotarse a sí mismo en la prosecución de sus metas y objetivos básico.

Los seres humanos son vistos como organismos complejos.

Tienen innumerables facetas que constituyen su ser total. Se hallan constantemente en un proceso de cambio y no en un estado estático. A pesar de estar muy influidos por las predisposiciones hereditarias y las condiciones ambientales que se hallan fuera del pleno control de sus individuos, los seres humanos poseen un buen grado de autodeterminación potencial. Lo sepan conscientemente o no deciden hasta cierto punto, si escuchan y si se dejan seguir influyendo o no por aquello que aprenden. A medida que avanza su edad desarrollan capacidades aún mayores para tomar decisiones acerca de su modo de actuar. Por consiguiente, existe el potencial para efectuar cambios en prácticamente todas las formas del funcionamiento humano afectivo, conductual, y cognitivo (Ellis, 1982).

El punto de vista racional-emotivo propone la idea de que el conocimiento se ve influido en gran parte por las valoraciones personales que los hombres imponen a sus propias percepciones. Ellis ha situado frecuentemente esta opinión "constructivista" en una perspectiva histórica citando a Epicteto, el filósofo estoico romano que en el primer siglo de nuestra era escribió que los seres humanos se inquietan no por las cosas, sino por las opiniones que se hacen de ellas.

## **MÉTODOS Y TÉCNICAS EMPLEADAS EN LA TRE**

La terapia Racional Emotiva representa una importante forma de eclecticismo en ella se emplean técnicas de otros sistemas terapéuticos, pero se hacen consistentes con la teoría TRE. A continuación se expondrán las técnicas más comúnmente utilizadas, señalando que probablemente cada una de estas técnicas tiene elementos cognitivos, emotivos y conductuales, y que probablemente no

existen técnicas “puras”. Aquí se plantean en grupos en donde predomina un proceso psicoterapéutico.

## **MÉTODOS COGNITIVOS DE LA TRE**

### Enseñando el ABC de la TRE

A través de ésta técnica se muestra al paciente la forma en que las diversas personas y situaciones fueron estableciendo e imponiendo preferencias y esquemas en nuestra vida cómo fueron introyectados hasta hacerlos propios y cómo se ha transformado en creencias, le añadimos los “debo” absolutistas, convirtiendo esas preferencias en “terribles” necesidades.

### Detectando las creencias Irracionales

En la TRE, la D es la Refutación de las (Creencias irracionales). Pero la D puede dividirse en tres procesos principales Detectar las B, discriminarlas de las B (creencias racionales), y debatirlas. Primero se detectan, buscando los “debo”, “debiera”, “es mi obligación” absolutistas.

### Discriminando las creencias irracionales de las racionales

Después de esto, se intenta demostrar no sólo que se tiene B (debo), sino también B (preferencias), y que éstas últimas son legítimas, ayudan y son más saludables. Demostrar que las creencias racionales (preferencias) se diferencian bastante de las creencias irracionales (exigencias no realistas), que se tiene la opción de elegir y que es preferible quedarse B.

La perspectiva racional-emotiva concede una importancia primordial al pensamiento racional En esta perspectiva, lo racional no tiene una definición fija. Por lo general se encuentra referido a pensamientos que ayudan a instigar a los

individuos a alcanzar sus metas y objetivos. En cambio, irracional se enciende referido a pensamientos que impiden o bloquear el logro de los objetivos (Dryden, 1984)

Al igual que los pensamientos se definen en términos de racionalidad o irracionalidad, las emociones y comportamientos se definen de un modo más o menos similar. Las emociones y comportamientos equilibrados o útiles, como los pensamientos racionales, se refieren a los que ayudan e instigan a los individuos a alcanzar sus metas y objetivos. Las emociones desequilibradas o perjudiciales, como los pensamientos irracionales, son las que impiden o bloquean el logro de los objetivos.

La perspectiva racional-emotiva postula que las tres modalidades de expresión humana (conocimientos, emociones y comportamientos) son inseparables e interactivos y se incluyen recíprocamente. Sin embargo, de las afirmaciones de Ellis y otros autores adscritos a la perspectiva racional-emotiva se desprende claramente que la contribución del conocimiento es aclarada en el medio terapéutico.

El punto de vista racional-emotivo probablemente se conoce mejor por su esquema ABC, que describe la interrelación existente entre los acontecimientos (A) las creencias (B) y las consecuencias emocionales y conductuales (C). El esquema comienza con un suceso activador (A) Mientras que el punto de vista comúnmente acepta es que A conduce directamente a C. el punto de vista racional-emotivo sostiene, por el contrario, que las importantes contribuciones de las creencias (B) de la persona acerca de lo ocurrido en A conducen a C. Por otra parte, las ciencias reclasifican, dándose un papel central a las que son valorativas. Charles H. Y Leroy G. (1991) .

La psicología cognitiva se interesa específicamente en los proceso del pensamiento; por ellos un método cognitivo tiende a modificar los sentimientos y las acciones a través de una influencia sobre los patrones de pensamiento de tiempo. En realidad, cualesquiera de las formas tradiciones de la psicoterapia es de naturaleza altamente cognoscitiva. Por ejemplo, los métodos del psicoanálisis,

incluyendo la introspección intensa, la libre asociación y la interpretación de los sueños, se base en el examen de las cogniciones del cliente. Con todo, tal como Bleck (1970) ha señalado, la teoría cognoscitiva del como se ha desarrollados en los últimos años, es en forma notable diferente a la de los métodos más tradicionales y dinámicamente, basados de tratamientos, en varios aspectos significativos. Primero en la entrevista terapéutica está más estructurada. Segundo, el tratamiento tiende a enfocar síntomas abiertos a un grado mucho más amplio. Tercero, se dedica poca atención las experiencias infantiles del cliente. Cuatro, se pone poca atención a los constructor tradiciones como la sexualidad infantil, el inconsciente, Por último, no se supone que la introspección en los orígenes de una problema sea necesariamente para su alivio. Como Beck lo ha mencionado, estas características que apartan a la terapia cognoscitiva de los acercamientos tradicionales, son compartidas por la terapia de la conducta.

La terapia racional emotiva (Ellis, 1957, 1962) se deriva directamente de la teoría que supone que los desórdenes psicológicos surgen de patrones erróneos o irracionales de pensamientos. Los patrones de pensamiento que típicamente se manifiestan por sí mismos en cadenas de verbalizaciones pre-conscientes implícitas, surgen de suposiciones que comprenden el sistema de creencias básicas del individuo. Ellis desarrolló un enfoque cuya creciente. Orientación lo alejaba de la adquisición de insight. "Histórico", y hacia factores cognoscitivos de aquí y ahora que median en forma directa entre las conductas de desadaptación y las emociones, De acuerdo con Ellis (1962), una escala de éxito siempre creciente en la clínica, fue el producto de sus esfuerzos en la modificación de su enfoque.

Pese al hecho de que la terapia racional emotiva (a la que se denomina TRE) ha estado a disposición para el consumo público durante escasamente una década, ha obtenido ya un notable número de entusiastas adeptos, Si bien la popularidad de TRE se puede atribuir parcialmente al entusiasmo y productividad de su descubridor, desde nuestro punto de vista, existen razones mas fundamentales para su amplia aceptación, Primera, para muchos practicantes (y muchos ajenos a la profesión), la suposición básica de que los que un individuo se dice así mismo

tiene un mayor apoyo sobre la manera en que se siente y actúa es incontrovertible. Segunda el método principal es TRE, directo y nada sutil que es un instrumento del terapeuta para la modificación de estas verbalizaciones, es un corolario terapéutico plausible a la primera suposición. Tercera, tanto en termino teórico como práctico el estimo de exposición de Ellis es claro y explícito. La terapia de rol jijo de Nelly (1955) sostiene una notable similitud con TRE, en termino de su base filosófica así como en su orientación de aquí y ahora, Sin embargo, la manera de Nelly de presentar sus trabajos, si bien de corte lógico, es de carácter esotérico, lo que puede contar en parte para que el impacto de Nelly en los prácticamente no sea ni cercanamente tan grande como de Ellis.

La esencia de TRE se ve en el modelo de A-B-C-D-E (Ellis, 1971). A se refiere a cierto suceso real y extenso al que el individuo se expone. B se refiere a la cadena de pensamientos (auto-verbalizaciones) que utiliza como respuesta a A.C. simboliza las emociones y conductas que son consecuencia de B. D se refiere a los esfuerzos del terapeuta para modificar lo que ocurren en B; y E para las consecuencias emocionales y conductuales presumiblemente benéficas.

De acuerdo con Ellis (1971<sup>a</sup>), las creencias irracionales no se pueden verificar empíricamente, esto es, no son sujetas a pruebas. Es frecuente que la clase de creencias de interés primordial para TRE pertenezcan a cierta forma de imperativos morales o dictados que supuestamente definen las bases del valor humano. Dado que de acuerdo con Ellis (1971<sup>a</sup>) el valor personal no es una entidad "medible", cualquier creencia del tipo mencionado se reduce a una suposición arbitraria. Otra clase general de creencias centrales para TRE pertenece a las presumibles necesidades humanas Necesidades en este contexto no se refiere a las necesidades fácilmente identificables para la supervivencia física. Un texto estándar de psicología de la personalidad la describiría como necesidades "Psicológicas", Sin embargo, el término necesidad con lleva la implicación de serias y concretas consecuencias negativas si se deja sin satisfacer. A continuación se enuncian las once creencias irracionales que menciona Ellis (1962) que son comunes en esta cultura.

## **LAS ONCE CREENCIAS IRRACIONALES QUE MENCIONA ELLIS (1962)**

- 1.- Uno debería ser amado o probado por casi cualquier persona.
- 2.- Para ser tomado en consideración, uno debería ser competente en casi todos los aspectos
- 3.- algunas gentes son intrínsecamente malas y merecen castigo.
- 4.- Las cosas deberían ser exactamente siempre como uno espera que sean (y es terrible cuando no lo son).
- 5.- Las personas tienen muy poco control interno sobre su felicidad o tristeza personal.
- 6.- De haber alguna posibilidad de que alguno llegue a ser peligroso, uno debe preocuparse bastante con relación a ellos.
- 7.-Es más fácil evitar que enfrentar las dificultades y responsabilidades inherentes al vivir.
- 8.- Una persona debe (esto es, necesita) depender de otras personas más fuertes.
- 9.- La conducta presente y futura de una persona depende irreversiblemente del significado de acontecimientos pasados.
- 10.- Una persona debe sentirse notablemente indispuesta con relación a los problemas de los demás.
- 11.- Cada problema tiene (debería tener) una solución ideal, y resulta catastrófico cuando dicha solución no se logra encontrar.

En términos muy generales, la tarea del terapeuta (Ellis, 1971<sup>a</sup>) es triple. Primero, determina eventos externos precipitantes. Segundo, determina los patrones de pensamientos específicos (y creencias subyacentes) que constituyen a expuesta interna a dichos eventos y dan surgimiento a las emociones negativas. Tercero, asiste al cliente en la alteración de dichas creencias y patrones de pensamientos. La primera tarea por lo general se efectúa por medio de técnicas de entrevista relativamente estándar. Como se ha planteado, es frecuente que los clientes lleven a la clínica, quejas bastantes específicas, pero cuando no es esa su naturaleza (por ejemplo, depresión), por lo común no es difícil determinar los eventos externos que están relacionados con el principio del desorden. La siguiente tarea del terapeuta implica determinar la respuesta interna del cliente a este evento.

# **PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

## PROPUESTA

Cuando la mujer adquiere una forma de pensamiento disfuncional que la conflictúa, se puede intervenir con la Terapia Racional Emotiva para encontrar vías de solución y mejorar su calidad de vida. La TRE es una forma de intervención que ayuda a obtener la estabilidad emocional y el estado de razón en la búsqueda de objetivos y metas mas estructuradas para su vida futura.

La actitud del cónyuge será una posición de apoyo fundamental, ya que éstos, implica una relación cálida confiada y empática y una comunicación a niveles favorables, significará un apoyo en bien del proceso sin embargo, si su actitud es indiferente o francamente hostil, su participación se tornará en un elemento muy negativo para el proceso, al grado de sabotear, posiblemente, los logros que se van obteniendo.

Se buscara la forma de realizar una terapia de acuerdo a las características de la mujer que solicite el apoyo psicológico , y considerando que Ellis (1981 ) propone que utilizar entre 10 y 12 sesiones para la terapia racional emotiva son suficientes y Bellak (1980) en su modelo básico propone solo cinco sesiones para este tipo de terapia breve , se considera que con ocho sesiones seria suficiente para tener los resultados necesarios ,y ayudarían al reestablecimiento de la paciente, este podría ser de la siguiente manera:

Terapia basada en un modelo cognitivo conductual utilizando el diagnostico multimodal CASIC de Lazarus

## PROPUESTA DE TERAPIA.

### 1ª Sesión

**Objetivo:** Realizar el rapport respectivo y necesario, para tener una mejor empatía

**Procedimiento:** recibir de manera grata al apaciente con el fin que se sienta más confiada y la relación con el terapeuta sea más comfortable, posteriormente por medio de platica y la interacción se conoce de manera general la problemática, por la que la paciente esta asistiendo o se siente mal "causas de muerte de madre", angustia, depresión, pensamientos irracionales y de esa forma dar inicio a la entrevista formal , y si fuera necesario de realizar ejercicios de relajación muscular progresiva de manera practica para hacer que la paciente pueda sentirse mas comfortable

### 2ª Sesión

**Objetivo:** aplicar entrevista con el diagnostico de personalidad CASIC

**Procedimiento:** se iniciara con una pequeña conversación acerca de su estado de animo y su forma de actuar en ese día que ayudaría a identificar alguna otra problemática que estén afectando los aspectos conductuales de la paciente continuando a realizar la entrevista indicada, con el fin de tener mas información en relación a los sentimientos ocasionados por la muerte de la madre, posteriormente se preparan los materiales de apoyo, así como también realizar ejercicios de solución de problemas que darán pie a el auto análisis de la problemática que deberá concienciar a la paciente, concluyendo con una pequeña tarea de estos ejercicios .

### 3ª Sesión

**Objetivo:** explicar de manera detallada el diagnóstico obtenido

**Procedimiento:** informar a la paciente el análisis de los datos obtenidos para la elaboración del diagnóstico que fueron recopilados por el terapeuta, y proponer un tratamiento de terapia breve adecuado y con perspectiva al restablecimiento de la paciente con método racional emotivo, y comentar lo relativo a la frecuencia de citas en que asistirá, estableciendo entre ellas una secuencia en la programación de su tratamiento para que tenga la mejor estrategia de apoyo y su mejor restablecimiento.

### 4ª Sesión

**Objetivo:** Conocer y aplicar el A B C de la terapia racional emotiva.

**Procedimiento:** hacer una pequeña introducción acerca del método que se va a utilizar para que posteriormente se aplique y que lleve a analizar las distorsiones cognitivas en relación a sus pensamientos y creencias personales o significados subjetivos, donde el paciente elaborara un análisis entre el incidente de crisis y las creencias que tiene al respecto de este, ideas, actitudes, etc., y que posteriormente, adapte y cambie las creencias, auto imágenes y planes a futuro, trazar metas, esto se realizara con instrumentos de la terapia racional emotiva así como el auto análisis de pensamientos racionales e irracionales, y para concluir la sesión se dejara una tarea para casa solicitando que haga un auto análisis de sus pensamientos.

## 5ª Sesión

**Objetivo:** Analizar y reforzar aspectos de carácter social de los términos género y mujer.

**Procedimiento:** se revisaran los aspectos generales de parámetros sociales en relación al rol femenino y el género, haciendo que refuerce sus pensamientos y conductas en relación a la terapia, con el fin de hacer cambios en sus ideas irracionales y sentimientos relacionados con la crisis, posteriormente realizar trabajo de algunas lecturas de apoyo donde se instruya a las mujeres acerca del rol o papel que tienen los sentimientos en el funcionamiento psicológico y social, desde la perspectiva del género, utilizando nuevamente el A B C de la terapia racional y guiándola a hacer el cambio de conducta racional, al término de la sesión se solicitará que haga un resumen de lo que se explico para conocer su punto de vista.

## 6ª Sesión

**Objetivo:** Reafirmar y modificar con técnicas de pensamientos asertivo

**Procedimiento:** dar una pequeña introducción del pensamiento y conducta asertiva procurando fortalecer los patrones cotidianos en el desempeño del rol social del cual se esta desarrollando, analizar los pensamientos previos a la crisis, las expectativas y planes y metas que deberá proponerse a futuro, así también reflexionar con el paciente los cambios que pueda y quiera realizar en proporción a las expectativas de vida que tenga, finalizando con la asignación de tareas para realizar en la casa relacionadas con los pensamientos racionales y asertivos fortaleciendo con ello sus caracteres emocionales.

## 7ª Sesión

**Objetivo:** Conocer y analizar algunos aspectos generales de los principios básicos de la tanatología.

**Procedimientos:** dar una platica de manera teórica y analítica sobre temas de tanatología y su aplicación en la vida cotidiana con el fin de apoyar los pensamientos racionales y motivar a la mujer a poder aceptar su situación, posteriormente se hará un análisis del tema y se solicitara su punto de vista , al final se dará tareas para realizar en casa para nuevamente reforzando los pensamientos racionales y asertivos y comenzar con el proceso de valoración de resultados de las terapia y redefinir su equilibrio emocional.

## 8ª sesión

**Objetivo:** Confirmar el aprendizaje de pensamientos asertivos y racionales.

**Procedimiento:** comentar de los avances notados por la paciente y el cambio de conducta en relación a los pensamientos y creencias irracionales, así como la verificación del manejo de A B C D E de la terapia racional emotiva, comprobando el grado de estabilidad emocional que ha obtenido la paciente , dando así por terminado la terapia de apoyo y solicitando que continuara practicando los ejercicios aprendidos.

## **CONCLUSIONES**

## CONCLUSIÓN

Considerando que la participación de la mujer en la sociedad actual ha estado elevando el nivel y la calidad en todo tipo de situaciones, empresariales, académicas, culturales, y que su formación física, emocional y cultural, le dan esa posibilidad de tener mas herramientas para su desarrollo e integración y competencia con el hombre, esto no la exime de ser emocional y sensible por sus características de genero ,y de ser mas frágil que el hombre, en momentos difíciles , como la muerte de un ser querido , y en un caso especial el de la madre , siendo esta dentro del la familia la forjadora de aspectos emocionales que determina muchos de los valores sociales y familiares .

Por otro lado la mujer es por estadísticas quien con más frecuencia asiste a terapia, y esto determina mas su participación en los aspectos sociales, en el rol femenino la cualidad de la participación de la mujer en su entorno en nuestra cultura aparece dirigido, principalmente hacia la atención y cuidado de los otros una especie de elemento de sostén de la estructura familiar y, por ende, social. Esto significa que se ha delimitado la participación de la mujer al ámbito de lo privado (del microsistema) pues es dentro del grupo familiar, que la mujer tiene su papel y su posición “adecuada”, tradicional. Es en este ámbito, en el que la mujer desempeña las tareas del cuidado de los demás, de su alimentación, servicio doméstico y crianza. En el hogar, la mujer es llamada “ama de casa”, “reina del hogar”, además, a lo largo de su historia personal se fomenta esta imagen como modelo femenino de vida y las niñas, en su gran mayoría, crecen con el anhelo de “hacer una familia” y cuidar de ella, motivos por los cuales se propone una atención psicológica bajo el procedimiento de la terapia racional emotiva dedicada a solucionar los pensamientos irracionales que le pudieran afectar en su manera de actuar, y conducirse dentro de la familia , así como dentro de su entorno social, creando en ella una manera más racional de aceptar la problemática por la que ha pasado.

## **BIBLIOGRAFÍA**

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Bellak, L, Small, L. (1980). Psicoterapia breve y de emergencia. Pax México.

Bowlby ,j, (1982). La perdida afectiva .Buenos aires .piados

Cereijido, m. y Blanck, C. F. (1999). La muerte y sus ventajas, Secretaria de educación publica –fondo de cultura económica, México

Slaikeu, Karla a. (2005). Intervención en crisis, manual para la practica e investigación. Manual moderno.

Cadena de los Santos José M.(2003), La actitud hacia la vida en relación con la actitud hacia la muerte. UNAM. Tesis.

Charles, H. Huber y Leroy, G. Baruth. (1991) Terapia familiar racional emotiva. Editorial Herder España.

Diccionario Enciclopédico Salvat (1978).tomo 16. España. Salvat Editores.

Ellis, A. y Dryden w.(1989). Practica de la terapia racional emotiva, Editorial Desclee de Browsers S.A., España.

Fonnegra de J. (2001). De cara a la muerte. Editorial Andrés Bello, España.

**Freud, S. (1917) Obras completas contribución a la historia del movimiento psicoanalítico, trabajos sobre meta-psicología y otras obras (1914-1916). Vol 14 Amorrortu editores Buenos Aires.**

**Fromm, E. (1999). El amor a la vida. Editorial Paidós. México.**

**Goicoechea, C. (1970). Diccionario de citas, Segunda edición. Labor, Barcelona España.**

**Greenberg, D. (1985). Tratamiento del duelo. En Itzigsohn, J. y Dasberg, H. terapias breves. Salamanca. Universidad Pontificia de Salamanca.**

**Jiménez, D. A., J. L. (1993). Libertad de amar y derecho a morir. Editorial Losada, Buenos Aires.**

**Kubler, R. (1993). Sobre la muerte y los moribundos, quinta edición, Ediciones Grijalbo, Barcelona España.**

**Kushner, H. S. (1986) Cuando nada te basta .Como dar sentido a tu vida, Emece editores, argentina.**

**Lee, C. (1995). La muerte de los seres queridos, Editorial plaza & Janes, España.**

**O' Connor, N. (1997) . Déjalos ir con amor, la aceptación del duelo. Trillas.**

**Pérez de la Cruz Martha I. (2005). La importancia de la intervención del psicólogo para que la persona acepte su diabetes mediante la elaboración del duelo . UNAM. Tesina.**

**Manrique A. (2007). Documento Diplomado Psicoterapia Breve en Intervención en crisis, México.**

**Ellis, Albert. y Abrahms, Eliot,(2000). Terapia racional emotiva. Pax México.**

**Rimm, D. C. y Masters, J.C. (1984) Terapia de la Conducta, Trillas. México.**

**Wolpe, J. (1993) Práctica de la Terapia de la Conducta. Trillas. México.**

**González Ramírez V. (2000) Intervención Individual a Mujeres dependientes y deprimidas con Terapia Racional Emotiva. UNAM. Tesis.**

**Rebolledo, M, F. (1999). Aprender a morir. Nociones fundamentales de tanatología medica Talleres de Imprefin S. A. , México.**

**Reyes, Z. (2000). Curso fundamental de tanatología, Tomo 1 Persona y espiritualidad, Impresos en México.**