

186098



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
IZTACALA**

PO803/92  
Ej 3

**APOYO PSICOLOGICO A FAMILIAS DE ENFERMOS  
CRONICOS: REPORTE DE INVESTIGACION.**

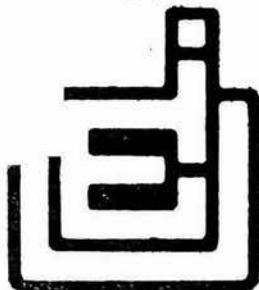
**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
**LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A N  
MA. DEL CARMEN FLORES BALTAZAR

YESIKA VEGA GOMEZ

Asesor de Tesis: Lic. José de Jesús Vargas Flores



MEXICO, D. F.

1992



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## DEDICATORIA DE CARMEN.

Doy gracias a Dios por haber puesto en el camino a dos seres que me dieron la vida quienes siempre aplaudieron mis logros y consolaron mis tristezas; a ellos que siempre me han dado lo mejor: amor, ejemplo, confianza dedicación; lo suficiente para sentirme un ser satisfecho y feliz.

A ti Papá y a ti Mamá mil gracias.

Los quiero mucho.

Pepe:

Te admiro por tu gran capacidad creativa pero más aún por que tus consejos han determinado gran parte de mis logros.

Lety:

Que siempre has estado - junto a mi preocupada por mi bienestar, minimizando mis problemas, motivandome a seguir adelante gracias por todo lo que me has dado Amiga.

Fred:

Tu formas parte de la meta que ahora logro, por que eres un tesoro que la vida me dio.

Sugy:

Tú que has sabido contagiarme tu vitalidad, gracias por tu - compañía incondicional, por tus palabras de aliento cuando las necesito, así como por tu gran cariño.

A ti Amor:

Mil gracias por todo lo que me has dado, por reconfortarme en los momentos de tristeza, soledad, pesimismo, por brindarme confianza e impulsarme a seguir siempre adelante, logrando con ello que esta meta que ahora alcanzo sea también tuya, porque tú: significas la MITAD de mi.

ANSELMO TE AMO.

Fam. Flores Meraz, Fam. Moreno, Abuelitos, Tíos, primos Lupe, Gustavo, Alex, Vero, Bety, Gis, Carmen, Arturo, Gaby, Jose Luis. Amigos, a todos ustedes que forman parte de mi gran familia les agradezco su ayuda cuando la he necesitado.

## DEDICATORIA DE YESIKA.

A mi Padre:

Quien ha sido a lo largo de toda mi vida mi mayor sosten, y mi más grande impulsor, pues siempre creyó en mi capacidad y el que se sienta orgulloso de mi me obliga a seguir adelante.

A mi Madre:

Por su comprensión y preocupación, pero principalmente - por su respeto a mi manera de ser a mis metas y decisiones siempre manifestandome su apoyo incondicional acompañado - de un gran cariño.

A mi hermano Gustavo:

De quien he recibido numerosas enseñanzas de superación, inteligencia y decisión y de quien con su inmenso cariño y entrega de hermano; quiero que participe de mis logros por - que también le pertenecen.

A mi esposo Rafael:

Quien con un gran amor, comprensión e inmenso apoyo, se ha convertido en mi principal impulsor para terminar, ejercer y realizarme profesionalmente y con quien he logrado mi realización como mujer compartiré a lo largo de mi vida mis logros y sus metas seran las mias. Te Amo Rafael.

A mis parientes, tios, abuelos  
y demas familiares:

Por que mi experiencia de -  
niñez y adolescencia con ellos  
constituyen un eslabon impor--  
tante en la cadena de mi vida.

A mi tia Tita:

A quien ni con estas humil-  
des palabras acabo de agrade-  
cer todo lo que ella me dio -  
de manera incondicional; pero  
con esto quiero decirte tia:  
"que siempre estas presente -  
en mi vida, que mucho de lo -  
que soy te lo debo a ti queri  
da tia".

A todos mis amigos y compañeros  
de toda la escuela.

Gracias.

A LOS PROFESORES.

Jesús Vargas:

Tu que además de tu valiosa colaboración para este trabajo has sabido ser un amigo y consejero a quien se puede recurrir en cualquier momento.

Lina:

Gracias por confiar en nosotros e impulsarnos siempre a la superación.

Vaquero:

Por tu gran disposición y paciencia para ayudarnos, así como por tu participación en este trabajo que significa mucho para nosotras.

## INDICE.

	Pag.
INTRODUCCION	1
CAPITULO 1: DIFERENTES CONCEPCIONES SOCIALES DE MUERTE.	8
- Definiciones de muerte.	13.
CAPITULO 2: TRABAJOS ANTERIORES	17
CAPITULO 3: PSICOLOGIA DE LA ACTIVIDAD	43
- Bases teóricas del entrenamiento psicológico.	50
- La teoría de la regulación de la actividad de Tomaszewski.	50
- La función reguladora de la conducta.	52
- Conducta reactiva y conducta dirigida a una meta.	53
- El concepto de ustanovka de D.N. Uznadze.	56
- Nivel impulsivo de la conducta.	58
- Nivel objetivado de la conducta.	58
- El entrenamiento socio-psicológico.	61
CAPITULO 4: PROBLEMATICA DEL PACIENTE DESAHUCIADO.	74
CAPITULO 5: APROXIMACIONES TECNICAS UTILIZADAS EN LA INTERVENCION.	80
- Terapia Familiar.	82
- Terapia Racional Emotiva.	95
CAPITULO 6: INTEGRACION DE TECNICAS ANALIZADAS A LA LUZ DEL MARCO TEORICO PLANTEADO.	111
- Propuesta de aplicación del entrenamiento socio-psicológico a los pacientes con enfermedades incurables y a sus familias.	111
- Relación profesionistas de la salud-paciente.	111

-Relación familia-paciente.	112
-Definición de exigencias.	115
-Definición de capacidades y necesidades del individuo.	116
CAPITULO & 7: PROGRAMA DE INTERVENCION	119
-Método.	119
-Situación.	119
-Material.	119
-Diseño.	120
-Evaluación.	121
-Procedimiento.	123
CAPITULO 8:RESULTADOS.	125
-Metas Vitales.	125
-Terapia Racional Emotiva.	129
-Comunicación.	131
DISCUSION.	136
AUTOCRITICAS Y SUGERENCIAS.	147
ANEXOS.	148

## LA VIDA SEGUN LOS IMPIOS.

Pero los impios con las manos y las palabras llaman a la muerte; teniéndola por amiga, se desviven por ella, y con ella conciertan un pacto, pues bien merecen que les tenga por suyos.

Por que se dicen discurriendo desacertadamente:

Corta es y triste nuestra vida; no hay remedio en la muerte del hombre ni se sabe de nadie que haya vuelto del Hades.

Por azar llegamos a la existencia y luego seremos como si nunca hubieramos sido.

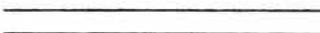
Por que humo es el aliento de nuestra nariz y el pensamiento, una chispa del latido de nuestro corazón; al apagarse, el cuerpo se volverá ceniza y el espíritu se desvanecerá como aire inconciente.

Caerá con el tiempo nuestro nombre en el olvido, nadie se acordará de nuestras obras; pasará nuestra vida como rastro de nube, se disipará como niebla acosada por los rayos del sol y por su calor vencida.

Paso de una sombra es el tiempo que vivimos, no hay retorno en nuestra muerte; por que se ha puesto el sello y nadie regresa.

Venid, pues, y disfrutemos de los bienes presentes, gocemos de las criaturas con el ardor de la juventud.

Hartémonos de vinos exquisitos y de perfumes, no se nos pase ninguna flor primaveral, coronémonos de rosas antes que se marchiten; ningún prado quede libre de - nuestra orgía, dejemos por doquier constancia de nuestro regocijo; que nuestra parte es ésta, ésta nuestra herencia.



## INTRODUCCION.

Las culturas y las personas abordan de muy diferentes formas el fenómeno de la muerte; a lo largo de la humanidad se puede observar una preocupación notable por como vivir la muerte y la especulación del más allá; por lo que la mayoría de las costumbres de un pueblo giran en torno a rituales de vida y muerte relacionados con su religión (Thomas, 1983).

Desde otra perspectiva, la muerte en una forma individual tiene que tratarse de una manera más delicada ya que nunca sabemos que tan fácil sea para cada quien hablar o aceptar un fenómeno tal, ya que el tema de antemano resulta molesto y hasta obsceno; sin embargo cuando a una persona se le determina alguna enfermedad grave o desahucio, la presencia de la muerte es más inminente, y sus reacciones así como las de sus familiares y personas que le rodean son muy diversas.

Por parte del enfermo, las reacciones han sido ampliamente estudiadas y se asegura que dependen de la etapa de la enfermedad, así como del lugar que ocupe el enfermo en la familia. Una de las pioneras en este tema es E. Kübler Ross (1972) que a base de numerosas observaciones y vivencias, ha definido en varias etapas el periodo de aceptación de la muerte por parte de un enfermo crónico o desahuciado, como son: la agresión, la autodestrucción, la negación, la histeria, la depresión, entre muchas otras; Kübler Ross propone cambiar la visión y sobre todo la atención sobre el enfermo tanto por parte de las personas más cercanas a él, como del personal médico, que al dar un diag

nóstico se ocupan únicamente de síntomas físicos y en ocasiones con muy poco tacto, posteriormente en el transcurso de la enfermedad y conforme avanza la gravedad física también se agrava la situación emocional; por problemas internos y personales además de la atención deshumanizada y en ocasiones humillante por parte del aparato de salud.

De la problemática del enfermo desahuciado se desprenden tres áreas de trabajo:

- 1) La relación Paciente-aparato de salud.
- 2) La relación Paciente-familia, siendo ésta el área de interés inicial para el presente trabajo, pero que dadas una serie de circunstancias, tales como que no se consiguió la colaboración de los familiares de los pacientes, aún cuando ellos manifestaron su interés acerca de esta alternativa para con ellos, se decidió aplicarlo con la tercer área.
- 3) Condición del enfermo-consigo mismo.

Así se dió curso al programa como taller con los participantes de "Enfermos Anónimos en Superación".

Con respecto a la T.R.E.; fue A. Ellis quien la desarrolló en 1955 en la ciudad de Nueva York, la técnica de Ellis trató de obtener resultados terapéuticos más rápidos, profundos y duraderos en comparación con el psicoanálisis; através del lenguaje con el que cuentan las personas y que les permite distinguirse como humanos; así como el abusar de la posibilidad de auto--destruirse al decirse que lo que le sucede es terrible y catastrófico, cuando en realidad sólo es molesto. El postulado cen--

tral de la T.R.E. es que el hombre es el único animal que es a la vez racional e irracional, que sus perturbaciones emocionales o psicológicas en gran parte son el resultado de su pensamiento ilógico e irracional y que puede liberarse de la mayor parte de su infelicidad emocional y mental, si aprende a maximizar su pensamiento racional y a minimizar el irracional; entonces los terapeutas deben enseñar a los pacientes a volver a pensar de una manera diferente en sucesos de sus vidas para así - cambiar sus pensamientos, emociones y conductas ilógicas e irracionales.

La T.R.E. comienza con hacerle ver al enfermo que las cosas que ocurren no son las que perturban sino la opinión que se tiene de ellas, y en términos de la misma terapia se coloca el evento en el esquema A-B-C, en A (el acontecimiento activador) que no causa directamente C (consecuencia emocional y conductual) sino B (las creencias y pensamientos acerca de A).

Dentro de la diversidad de métodos que se emplean en la T.R.E. se encuentran los cognitivos, que abordan las creencias de las personas; los emotivos para tratar los sentimientos y generar cambios profundos utilizando la imaginación de los mismos y las técnicas conductuales, que usan tareas en casa, condicionamiento operante y desensibilización encubierta.

La T.R.E. no sólo trabaja en terapia individual, sino también interviene en terapia de dos o más personas, como es terapia de pareja, sexual, terapia de grupo, terapia familiar y maratones terapéuticos.

En T.R.E. se usa una psicoterapia activo directiva para lograr un cambio, y para ésto primero se debe aceptar incondicionalmente a sus clientes como seres humanos capaces de autodes--  
truirse, pero no esencialmente malos, así como tener sentido del humor para aceptar los problemas y no tomarlos tan en serio mos  
trando empatía sin ser excesivamente cordiales.

El objetivo de emplear la T.R.E. en este trabajo es tratar de lograr un desprendimiento de ideas obsesivas del enfermo -  
acerca de su comportamiento y de las personas que le rodean --  
acerca de su enfermedad y de su posible muerte, sustituyéndolas por actitudes racionales que no le ocasionen perturbaciones.

Por otro lado, la Terapia de la Comunicación ayudará a pro  
mover la comunicación entre los integrantes de la familia en -  
sus respectivos roles inmersos en la situación de la enfermedad  
ubicándolos en sus nuevas responsabilidades por la misma situa  
ción.

La llamada Terapia Familiar se encuentra basada en una nue  
va visión del comportamiento humano así como de las llamadas es  
quizofrenias y otras enfermedades mentales; también se encuen--  
tra basada en un nuevo concepto de familia como un sistema ho--  
meostático, con una idea de pensamiento circular en contra del  
pensamiento lineal, pues se observa al enfermo en su contexto -  
familiar, poniéndose énfasis en las comunicaciones de los parti  
cipantes y el comportamiento de la persona afligida como una --  
parte de la danza, como quien manifiesta el problema, pero di--  
cho problema no sólo es de esa persona; así en esta terapia las

como son; la Indú; la Griega, la Egipcia, la Africana, las culturas Prehispánicas y la concepción Occidental, abordadas en el capítulo uno.

Principales trabajos anteriores que sobre la problemática del enfermo crónico o desahuciado se han realizado en los que se utilizaron diferentes posturas teóricas y prácticas lo cual se muestra en el capítulo dos.

Los principales postulados de la Teoría de la actividad, el cual conforma el marco teórico del trabajo, capítulo tres.

Los fundamentos conceptuales de las técnicas de comunicación y T.R.E. utilizadas en el programa propuesto que se explican en el capítulo cuatro.

La integración de nuestro marco teórico con nuestras técnicas llegando así al diseño del programa en el quinto capítulo.

Con lo anterior en el capítulo sexto se encuentra el programa, diseño y aplicación del procedimiento de intervención. El taller se llevó a cabo con el grupo "Enfermos Anónimos en Superación" en 10 sesiones con la participación de seis personas, en el cual se obtuvieron resultados favorables en general y los cuales se pudieron constatar a través de videograbaciones que se realizaron a lo largo de todo el taller.

sesiones no son individuales, ya que la familia dará la causa - en las observaciones hechas a todos en conjunto. Dado que el objetivo del trabajo está afocado al enfermo consigo mismo, esta alternativa técnica no queda anulada, pues se retomaron los aspectos que conforman a la comunicación y que en todo caso llevarían al enfermo a reflexionar acerca de su relación comunicativa con su familia. De este modo en el presente trabajo no hubo contacto directo con los familiares.

De los principales precursores se encuentra Bateson, quien en los años 50's en estudios sobre comunicación, postuló que la esquizofrenia se debía a peculiaridades sobre la comunicación - en la familia en general, tales como el mensaje llamado de doble atadura el cual es una comunicación a muchos niveles de respuestas, peticiones, contradichos, etc.

La comunicación es un factor importante, ya que estos mensajes llamados de doble atadura provocan problemas a nivel relación, entre generaciones principalmente lo que puede ocasionar en la familia coaliciones. En familias extensas pueden formarse triángulos y el problema surge cuando un individuo pertenece a dos diferentes triángulos que además se hallan en conflicto entre sí, lo que lleva a la persona a comportarse de una manera - extraña para sobrevivir a ambas coaliciones.

⊙ Con todo lo anterior la terapia familiar se ha desempeñado en el interés del "como" cambiar más que el "que" cambiar. Existen numerosos de la Terapia Familiar, los cuales han jugado un papel fundamental históricamente, donde todos convergen en la -

idea de desenredar al individuo de los síntomas de la red familiar.

De entre estos enfoques se pueden distinguir:

1) El Ecológico que se dirige al campo total de un problema - incluyendo otros profesionales.

2) El Estratégico, que fue propuesto por Haley, y se basa en que el clínico diseña las intervenciones para cada problema.

○ La terapia Familiar centrada en lograr un cambio, ha tomado en cuenta la persistencia y la invariabilidad del sistema -- familiar o individual, como un estado natural en donde el cambio puede ser un problema que hay que explicar, cuando ésto surge se hacen dos preguntas; ¿qué es preciso hacer para cambiar - la situación indeseable? y ¿cómo es que persiste una situación indeseable?.

Desde esta perspectiva los autores creen que para conseguir un cambio abiertamente comprendido, que a veces se halla a nuestro alcance y que a veces no lo vemos, no se niega la posibilidad de un cambio espontáneo que solucione el problema pero cuando - ésto no sucede es necesario provocar un cambio en este sistema.

Con el marco teórico ya mencionado, el objetivo del presente trabajo fue desarrollar un marco conceptual que permita abordar el fenómeno y apartir de éste, se diseñó un procedimiento - de intervención con el que se trató de resolver la problemática del enfermo crónico. Para lograr tal fin se cubrieron los siguientes puntos. Las diferentes concepciones de muerte a través de las culturas más representativas de la Historia Universal --

## CAPITULO 1.

### DIFERENTES CONCEPCIONES SOCIALES DE MUERTE.

A lo largo de la historia, la muerte ha tenido una importancia relevante en las diferentes culturas que dan mayor o menor importancia a este hecho así como a los rituales practicados en la presencia de la muerte. Así podemos distinguir de entre las culturas que han elaborado una concepción particular de muerte a la cultura Hindú.

a) La concepción de la muerte del Hinduismo y Budismo es la ausencia de la presencia, pues se plantea la existencia de vida después de la muerte en la que se lleva a cabo un juicio - pues al fallecer se creía que el alma era pesada en una balanza y recompensada o castigada según sus actos, además la parte de la vida que quedaba era escoltada al terreno de la felicidad o bien de los sufrimientos. El mundo después de la vida era dividido en cielo e infierno, así el Brahmanismo postula que el al ma no puede ser dañada ni morir por lo que sólo muere el cuerpo, y el alma busca entonces otro cuerpo, por lo que la muerte vista desde esta religión no es concebida como enemigo sino como un - amigo que es imposible desligar, pues a todos en uno u otro momento les es transferida su alma a otro cuerpo. El Budismo ex- plica que todo ser vivo se reencarna tras su muerte en un nuevo cuerpo para llevar en este nuevo cuerpo una existencia más o me nos feliz y que éste ciclo se repetirá cada vez que se muera y el único medio de escapar de este círculo sin fin es alcanzar - el Nirvana, lugar a donde sólo llegan los sabios que llevan el

conocimiento perfecto (Buddha), el Nirvana no es un paraíso o un cielo como el de los cristianos, sino un estado de reposo absoluto, de eterna beatitud, así que quien entra en el Nirvana ya no reencarna, ni conocerá más el dolor, así alcanzará la felicidad suprema.

b) Los Griegos y la muerte:

En la época del siglo V A.C., es concebida la muerte en la cultura Griega como algo positivo, mientras que la vida es algo pésimo; sin embargo existía una negación al preferir vivir aunque fuese en malas condiciones a morir por el temor que se le tenía a ésta.

Los Griegos concebían al alma como eterna, pues era la única que persistía cuando alguna persona perecía; como muestra de esto se encuentra en la teoría de Platón quien decía que existen dos mundos, el mundo de los humanos y el de las almas, el primero era la sombra y lo negativo del mundo de las almas caracterizado principalmente por la ignorancia, por lo que para entrar al mundo de las almas tenían que alcanzarse el máximo de conocimientos, el transferir más allá de las cosas materiales; cuando alguien moría y no entraba en el mundo de las almas volvía a reencarnar en el mundo de los humanos.

c) La concepción de muerte de los Egipcios:

En esta cultura se consideraba a la muerte como una interrupción de la vida pero no como el final. Los egipcios buscaban la inmortalidad colocando en las tumbas ornatos, alimentos, herramientas, animales así como servidumbre que ayudaban a llevar

una buena vida en la vida siguiente; los ritos y el luto eran mantenidos hasta que se alcanzaba un estado de putrefacción ya que se pensaba que en este momento el alma se había desprendido del cuerpo y se había ido en busca de una nueva vida espiritual; otra forma de querer alcanzar la eternidad era la momificación la cual se realizaba con la creencia de la conservación del cadáver para prevenir o evitar la corrupción del cuerpo, preservación que es pensada para garantizar la perpetuación de la vida del muerto en su originaria forma corporal. Al manejar en la -- cultura Egipcia la idea de inmortalidad se ve que también se te nía la creencia de un juicio al muerto y que de éste dependía - el destino del alma, así se dirigía al cielo o al infierno.

d) La muerte en Africa:

En estas sociedades de tipo arcaicas no existe el concepto - del fin del mundo, prueba de ésto es que es la falta de una dimensión futura del tiempo pues sus conocimientos y sus pronósti - cos no se extienden en meses o años; no se inquietan por los - acontecimientos del futuro lejano, sin embargo ante el hecho de la muerte la creencia es que las almas o bien reencarnan en ani males los cuales son preferidos y cuidados por las tribus, o son almas que andan vagando, con los cuales sólo los sabios pueden hablar para pedir consejo en bien de la comunidad. Dentro del - primer caso al considerar a los animales emisarios de sus ante- pasados los funerales de éstos mismos animales se convierten en rituales y matar a un animal sagrado es un asesinato y sólo se justifica este hecho cuando la tribu requiere un desahogo, acto mismo que se considera un sacrificio, además, la muerte era re-

presentada por tótems, donde se observaban tanto rostros humanos como el animal sagrado para así venerar todo el tiempo a los antepasados.

e) Muerte entre las culturas Prehispánicas:

Lo relevante en estas culturas acerca de la muerte es que no dependía de los actos buenos o malos realizados por las personas, sino del tipo de muerte que haya tenido ésta. Por ejemplo una persona moría sacrificada significando una fuente de vida al pensar que ésta alimentaría al sol y como consecuencia el Universo se mantendría. Para los Aztecas el vivir o el morir no justificaba la ociosidad, pues en este o en el otro mundo había labores y obligaciones que realizar.

Dependiendo del tipo de muerte se podía caer o ir a cuatro lugares diferentes:

1) "Tlolocan"; en el cual estaban los ahogados, los muertos por un rayo, hidrópicos, los golosos y los muertos en sacrificio en honor a Tlaloc, este sitio se encontraba en un monte donde brotaban las nubes, los ríos y vientos.

2) "Mictlán"; ahí se encontraban los muertos de forma natural por vejez, éste era el peor de los lugares ya que se debían atravesar una serie de obstáculos a lo largo de cuatro años.

3) "Chichihuacuahuac"; a éste iban los niños que morían antes de tener uso de razón, éstos llegaban a un árbol donde goteaba leche ahí estaban eternamente colgados, era un paraíso infantil.

4) "Tonatiuh" o cielo del sol; aquí se encontraban los muertos en combate, los que morían en sacrificio y las mujeres que

morían en el parto, su misión era acompañar al sol desde que amanecía hasta que anochecía durante cuatro años, posteriormente se convertían en colibríes los cuales chupaban el nectar del cielo y la tierra.

Así como difería el sitio al que iban después de la muerte, también había diferencias en la forma en que se celebraban los rituales de muerte, sólo eran enterrados los educados por Tlaloc, los demás eran quemados; los Sacerdotes asistían siempre que -- alguien se moría, preparaban el cadáver lo envolvían en papel amate, o en mantas atadas con mecates introduciendo en la boca una piedra preciosa, la cual serviría como corazón en la otra vida, el valor de la piedra era determinado por la posición económica del muerto.

Si la gente que moría era el Rey del imperio se sacrificaban algunos esclavos para que le siguieran sirviendo y al perro que le serviría de guardian, si el que moría era de rango bajo sólo se sacrificaba un perro.

Cuando el difunto se cremaba se recogían las cenizas y la piedra de la boca y se metían en una caja que era enterrada en el templo.

f) La concepción Occidental de muerte:

El interés de los Cristianos en la supervivencia de la vida eterna, se entrelaza con su interés en Dios, cuyo ser ilumina la comunión de los santos y la misma vida eterna, creen que la divinidad creó todo lo que existe así como todas las almas desde la eternidad, también se tiene la creencia de que cuando las

almas mueren enfrentan un juicio final y dependiendo de sus actos buenos o malos irán al infierno o al cielo en el cual permanecerán por los siglos de los siglos, en esta creencia entra la reencarnación, pero ello, no implica la repetición infinita como es el caso de los Budistas, sino que, sólo reencarnarán los buenos en un tiempo en el que el Mesías venga a reinar la tierra pues sólo así se dará la resurrección; mientras tanto, los que mueren al igual que los vivos "buenos" viven en comunicación con Dios. Entonces la preocupación del cristiano, es portarse bien durante su vida ya que sólo está de paso aquí y de ella dependerá su vida eterna. Es natural que quienes piensan en el ser humano vivo que después muere una sólo vez tengan miedo a la muerte; para ellos la muerte es un viaje compulsivo desde un mundo familiar hacia un destino ignorado, que acaso consista en la extinción total o bien en un ~~tránsmundo~~ <sup>trásmundo</sup> sombrío sin júbilo ni dolor.

La creencia cristiana al pensar que solamente morirá una vez hace menos aterradora la muerte, pero el terror a esto es remplazado por una renuencia a renacer una y otra vez para someterse a una monótona serie de vidas dolorosas.

#### DEFINICIONES DE MUERTE.

Con demasiada frecuencia las definiciones de la muerte sólo consideran al ser vivo animal o vegetal, pero se podría contar con dos perspectivas; la primera hace referencia al mundo físico propiamente dicho y la segunda nos introduce en el estudio social.

Desde la posición física la muerte es un cambio, una degradación del cuerpo que se inicia desde el nacimiento siguiéndole el desarrollo, luego un estancamiento, decrepitud y muerte.

Todos los fenómenos del mundo tienden a la muerte, lo que en términos físicos quiere decir que se da el proceso de homogeneización de la energía; lo que, la noción de vida de alguna forma es realizar, es vivir, por que se manifiesta el poder de la energía y la muerte es un pasaje inmanente a la naturaleza de la energía.

Como muerte se considera la separación del alma del cuerpo, donde también se incluye la definición médica: rigidez cadavérica, detenimiento del corazón y actividades respiratorias, descomposición; para determinar una muerte se toman dos signos clínicos, la respiración y el pulso; desde este punto de vista se tomarían tres tipos de muerte:

a) Muerte aparente: detenimiento de la respiración con enlentecimiento considerable de los movimientos cardíacos, clínicamente imperceptibles. (Thomas, 1983).

b) Muerte absoluta: donde las alteraciones tienen un efecto acumulativo y son irreversibles.

c) El coma: es cuando la muerte no se produce bruscamente y se da un periodo previo con daño extendido en el sistema nervioso y el sujeto se incorpora a la vida vegetativa.

Desde otro punto de vista, el morir es un hecho social que provoca en los sobrevivientes actitudes muy particulares; ceremonias, ritos, etc; ejemplo de ésto es el culto a los antepasados.

dos ya que estos mitos son hechos socioculturales netamente.

Puede haber muerte social con o sin muerte biológica afectiva, ésto es cuando una persona deja de pertenecer a un núcleo.

La resonancia social de la muerte se ve claramente ejemplificada en los asesinatos políticos, suicidios y muertes recuperadas o bien, el mejor ejemplo, la muerte de Cristo.

En algunas sociedades arcaicas las personas terminan de morir cuando se les olvida o cuando no se hace sacrificio para él; sin embargo, algunos muertos célebres siempre se les recuerda. También dentro de la muerte social se puede incluir la muerte de exclusión la cual es caracterizada por aquellos condenados a muerte quienes se autoexcluyen pero aún no se les rinde culto, así como aquellos que son desterrados y sufren de una muerte social. La muerte social más común en nuestra cultura, es la del hombre viejo, del jubilado, de aquel que vive en el hospicio, ya que estas personas son difuntos en potencia, biológicamente desgastados, socialmente inútiles, no productivas; por lo que sufren las consecuencias de la muerte social: carencias económicas y soledad.

Situación similar enfrentan los enfermos crónicos o desahuciados pues son personas muertas en potencia pero la problemática del enfermo desahuciado se abordará más ampliamente en un capítulo posterior.

Cabe mencionar que nuestra cultura por la religión Católica predominámente, tiene creencias y costumbres sobre la

muerte de tipo general como fue descrito en el apartado de concepción occidental de muerte, aunque si bien es mezclada con algunas creencias de tipo prehispánico.

Por otro lado debemos distinguir que si se contempla la muerte desde una cultura, se generalizan ciertas características; sin embargo el fenómeno de la muerte enfrentado por un sólo sujeto presenta otras situaciones y características diferentes de que si se enfrenta la muerte de un familiar; así también se distingue de las características en las que cada persona las afronte; pues no es lo mismo cuando una persona de edad mayor, comienza a desconcientizarse acerca de su cada vez más cercana muerte a cuando una persona, pudiera ser niño, joven, adulto, ama de casa o padre de familia se enfrenta ante una enfermedad incurable; pues se ha observado que ante una situación traumática tal, se presentan cambios en la vida de las personas, tanto en su manera de sentir, actuar, planear, decidir y en general de vivir. Dichos trastornos tan evidentes han sido material de estudio de autores que han estado cerca de una condición de enfermedad crónica o desahucio y se han elaborado algunos postulados e investigaciones importantes que a continuación desarrollaremos como trabajos anteriores en la materia de enfermos crónicos o desahuciados.

## CAPITULO 2.

### TRABAJOS ANTERIORES.

La muerte en una forma individual tiene que tratarse de una manera mas delicada ya que nunca sabremos que tan fácil sea para cada quien hablar o aceptar un fenómeno de esta naturaleza, además de que el tema de antemano resulta molesto o hasta obsceno. Más cuando a algunas personas se les determina alguna enfermedad grave o desahucio, la presencia de la muerte es más inminente, y las reacciones de la persona con alguna enfermedad así como de sus familiares y personas que la rodean son muy diversas.

Al respecto existen algunos autores que se han enfocado a trabajar en forma terapéutica con los propios enfermos y con sus familiares. A continuación se explicaran los principales trabajos aplicados con los enfermos desahuciados y su alrededor.

El trabajo con los enfermos desahuciados es relativamente nuevo, pues los trabajos realizados datan de años recientes, y han seguido diferentes teorías y técnicas. Entre los trabajos precursores de esta área Kübler Ross (1972), trabajo muy amplio en el que se aborda el miedo a la muerte, sobre el cual se han tenido muchas ideas; se ha dicho que es un deseo inconciente en contra de seres allegados, este planteamiento lo hace el Psicoanálisis, éste dice que por ejemplo cuando la madre de un niño pequeño muere en ese caso el niño tendrá una doble reacción a la muerte, en ese primer lugar se siente culpable en la mayoría de las ocasiones pues piensa que todo radica en su mala conduc-

ta y por otro lado se convierte en algo que el niño odia por -- haberse quedado sólo y todo por la culpa de su madre.

La muerte también se ha visto como algo imaginario, como - un castigo ya sea para el que muere o para sus allegados, Kübler Ross critica la actitud que se toma para con la gente moribunda, el trato que se le da; como si el enfermo fuera un objeto, tal deshumanización se refleja claramente cuando la persona es reclutada en un hospital y sin pedir opinión disponen como mejor consideran tanto los médicos como los familiares, cuando las personas se salvan entonces recuerdan su condición humana, y si muere se llega al dolor, misterio y encubrimiento de su verdadera realidad.

El enfrentar a la muerte es algo complejo y el miedo ante ella con el paso del tiempo se ve atenuado por el surgimiento - de la tecnología, armas, guerras que de alguna manera están presentes para luchar más en contra de ella. Anteriormente la creencia de una vida más allá consolaba a los deudos; actualmente esta creencia ya no es tan arraigada y las personas cada vez creen menos en eso. Ross propone que si ahora cada uno empieza a considerar la posibilidad de la propia muerte, se podría conseguir el bienestar de cada uno de los pacientes moribundos que están a nuestro alcance, es por eso que Kübler Ross propone que si hay una aceptación de la propia muerte, no se debe prolongar la vida de un enfermo sin tomar en cuenta sus opiniones.

Kübler Ross, en su trabajo inició un seminario interdisciplinario sobre la muerte y los moribundos; el cual fue creado -

para lograr que las personas desahuciadas estuvieran aconsejadas y escuchadas por otras, que no se sintieran aisladas, es decir que se percaten de la ayuda del médico y de la familia; ante esta ayuda algunos pacientes se muestran agresivos o dóciles por la sencilla razón de que no están acostumbrados a tal tipo de atención.

Kübler Ross propone que el trabajo con los pacientes moribundos debe comenzar desde como se va a dar la noticia de una enfermedad incurable, pues no debe hacerse de forma brusca debe considerarse a la persona como tal, que tiene derecho a saber lo que le pasa y a lo que será expuesto, pero siempre debemos hablar de que el enfermo reciba la noticia con algo de optimismo, tomando en cuenta la forma en que el paciente pueda tomar la noticia, pues cada paciente puede reaccionar de diferentes formas dependiendo de su posición, su personalidad y otros factores individuales.

 Una vez que se ha dado la noticia de una enfermedad incurable Kübler Ross asegura, existen varias etapas que transcurren los enfermos en su proceso de enfermedad, la primera etapa es la fase de negación y aislamiento. La negación, por lo menos la negación parcial se da durante las primeras fases de la enfermedad o bien al enterarse del diagnóstico, lo cual funciona como un amortiguador después de una noticia impresionante, esto debe permitirse al paciente y movilizar otras defensas, menos radicales; entonces se debe dialogar con él hasta que esté dispuesto a afrontarlo, así la negación luego será sustituida por una aceptación parcial.

La mayoría de los pacientes no llevan la negación hasta los extremos, al inicio pueden hablar de su situación y de repente manifiestan su incapacidad para seguir viendo la misma de un modo realista; por lo que se ve que cada persona reaccionará dependiendo de muchos factores, desde cómo se ha preparado en su vida para la muerte, cómo afronta las situaciones de tensión; y es necesario que cuando una persona no acepte su realidad, cuando las perspectivas que se tienen de su mal, son perturbadoras entonces se debe convencer un poco para que de esta manera se establezca confianza y lograr mejores resultados.

En un segundo tiempo, cuando se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, ésta es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia, resentimientos, etc. Esta fase es difícil de afrontar para la familia y el personal, ya que los resentimientos están en contra de todos los que le rodean, además por que toda una vida planeada se va abajo en un momento, y por tanto el enojo se analiza en todo y en todos. Es posible que esta fase pase pronto y el paciente se sienta querido y útil dependiendo de la gente que le rodea, pues lo conveniente es que se le escuche y se acepte su enojo, sabiendo que el alivio que se experimenta les ayuda a hacer frente a sus últimos momentos.

Una tercera etapa es la del Pacto, donde los pacientes buscan recompensarse por su buena conducta, buscan realizar actos como cantar, asistir a algún festejo y sólo así dejaban que el médico haga con ellos tales o cuales cosas, luego llegan a pe--

dir otras cosas, y no cumplen sus promesas, aunque esto si sirve para que el paciente recobre su vitalidad aunque sea por poco tiempo.

La etapa de depresión viene posterior a la del pacto, o cuando ya no puede negar su enfermedad ni esconder sus temores, esta puede estar caracterizada por varias salidas; en primer lugar por lo que provoca su enfermedad en su físico y la pérdida económica al pagar las hospitalizaciones y tratamientos que son sumamente costosos. Kübler Ross, divide la tercera etapa en dos partes la primera consiste en la pérdida de cosas y actividades que se encuentran al alcance pues existe una sustitución para ello, por ejemplo una prótesis a una mujer con cancer en el pecho, la otra manera de depresión es la absorbida por la idea inminente de la muerte donde perderá objetos y personas ya sin solución o sustitución, cuando un paciente se encuentra en este segundo tipo de depresión, es bueno que a las personas allegadas a él se les permita expresar su dolor y de esta manera encontrará la aceptación más rápidamente.

Cuando un paciente ya pasó por las fases anteriores y se resigna a su destino se dice que está en la etapa de aceptación, esta fase se caracteriza cuando los pacientes ya no tienen esperanzas, donde el dolor ya ha agotado todas las fuerzas y donde el descanso es el que predomina antes de llegar a la muerte, generalmente en esta etapa los que necesitan más ayuda son los familiares, para que acepten la partida del paciente, los pacientes en esta etapa desean estar solos, las visitas se vuelven menos aceptadas con menos diálogos, pues hace sentir mejor al paciente que

el afecto se le demuestre con caricias, la familia debe estar conciente de lo difícil de la etapa y no deben juzgar como cobarde - a un paciente que está convencido de que va a morir y ha dejado - de luchar; y si la familia toma esta actitud fungirá como obstáculo para el mismo.

○ La etapa de esperanza es atravesada por la mayoría de los pacientes, casi todos muestran esperanza aunque sus palabras no lo mencionen de manera directa; la esperanza la tiene el paciente - desde el diagnóstico, y los doctores deben dar al paciente alguna esperanza y optimismo en la recuperación, aunque si él acepta su destino entonces ya no se debe alimentar una esperanza que ya no reclama.

○ Kübler Ross (1976) menciona que la familia atraviesa por las . mismas etapas que lo hace el paciente, al enterarse de la enfermedad, viene negación, ira contra los médicos, enfermeras, con él - propio por no haber dado todo al paciente, culpas y por último la aceptación, como reacción de no hacerse a la idea de que esa per-sona ya no existirá más, que se irá para siempre, sin embargo se debe ayudar conjuntamente a pacientes y familia pues es necesario que juntos lleguen a la idea de separarse, el llorar juntos logra la descarga emocional de ambos, el reír y el planear lo que ven--drá después para así cuando el paciente llegue a la fase de acep-tación, la familia no sea una barrera que impida la tranquilidad del paciente al preocuparse por la actitud de la misma, cuando - viene la invierte y es necesario que se deje al pariente hablar, llorar o gritar, si así se requiere para dejar que disminuya su - culpabilidad o el temor al castigo.

Por otro lado un trabajo que es también de suma importancia es el realizado por Sobel (1981), en el que se hace la aplicación de una técnica específica como lo es la T.R.E. para tratar de ayudar a los pacientes. Sobel (1981) piensa que la muerte es un tema del que se ha tratado desde un inicio y ha provocado conflictos - al no poder contestar las preguntas que surgen al tratar de indagar sobre el tema; los tanatólogos ya han distinguido entre el morir y la muerte, se ha visto que en lo que respecta a la familia y al propio paciente moribundo se reclaman cambios en los cuidados clínicos, recalcanse el trato directo con ellos, se debe - ayudarlos, estimularlos moral y espiritualmente, Sobel está de - acuerdo además con que se permita a los pacientes acompañarse de sus familiares y amigos, lo cual fortalecerá su estado de ánimo.

Sobel propone en su trabajo que la terapia del comportamiento y la terapia cognitiva, son un grupo de técnicas que implican muchas estrategias para resolver los problemas que refieren a la mente. La terapia del comportamiento en un principio, las premisas postuladas por el paradigma de la corriente conductista, se - reducían a estímulos y respuestas, lo cual es muy rígido, pero - después de la Psicología experimental con animales dió la idea de lo mecanicista, pero la base experimental debe ser manipulada con los pacientes de una mejor manera. Sobel (1981) piensa que la terapia del comportamiento es también un síntoma orientado; se debe admitir que hay factores obvios de la conciencia humana que permanecen inexplicables pero que también pueden no ser relevantes para el comportamiento efectivo o cambios cognitivos. La terapia - del comportamiento rechaza el valor significativo, mientras que -

las teorías nos ayudan a entender el comportamiento humano y organizar la información diversa; entonces con lo anterior Sobel (1981) define la tanatología comportamental como aquella que tiene por objetivo el ayudar a la gente moribunda en sus últimas etapas así como a la familia de éste.

Sobel (1981) pone de manifiesto que existen conceptos erróneos de la terapia del comportamiento como son:

Que los conductistas sólo se dedican a eventos comportamentales, pero ahora también se toman en cuenta los modelos médicos. - Muchas disciplinas clínicas incluyen modelos tradicionales en enfermedades terminales, el paciente terminal para reforzar la individualidad de un paciente y determinar una estrategia relevante para observar cambios en los patrones de respuestas. Un principio básico de la tanatología relaciona los roles del paciente y del consejero, aquí el paciente elige cómo, cuándo y por qué hablar de problemas existenciales, dando como alternativas el cómo hacerlo y qué quiere hacer.

Los principios básicos de la muerte pueden tender a un circuito chico de localización de las ayudas de los parientes para ayudarlo a vivir de forma real, confortablemente y practicamente en su condición terminal, los conductistas ofrecen una alternativa para vivir muriendo; una estrategia para resolver los problemas. Una muerte apropiada no significa según Sobel(1981), que el paciente es guiado a morir en la forma como los clínicos pueden elegir para morir.

La tanatología comportamental no sólo está orientada al pa--

ciente, sino que busca integrar afectos de las familias, el hospital y otros como el reforzamiento social, el morir desde la -- perspectiva comportamental es un continuo cambio de estímulos estresantes, pero no significa que todos los pacientes reaccionen - con síntomas traumáticos, pero lo estresante es la siempre muerte latente, la práctica de morir es como una orden para alterar y - provocar la autosuficiencia del paciente.

Es importante desde la postura de Sobel (1981), la aceptación de variables medidoras cognitivas, la contribución para los enfermos terminales en mayúscula pues de esta manera se podría observar la realidad de los pacientes y así también hacerles ver el - gran número de opciones de comportamientos para el procedimiento de su vida en las circunstancias en que se encuentra, las terapias cognitivas indican que hay innumerables tipos de éstas orientadas al pensamiento, y si se ve este aspecto, los efectos estresantes son controlados significativamente por el como el paciente apropie lo que está pasando.

Sobel (1981) intenta trabajar con la depresión, a través de - terapia conductual, mencionando que existen otras diversas maneras de tratar las depresiones como las psicofarmacológicas y las terapias tradicionales. Sin embargo en el caso de los pacientes graves es necesario conocer como manejar la depresión desde su centro de ella, reorganizando de una manera científica y tratando de prevenir la destrucción que ya se encuentra marcada en estos enfermos, para ésto se usan métodos para resolver problemas, se hace un análisis y un entrenamiento instruccional, los cuales fungen como -

prescripciones para el cuidado terminal del enfermo.

Otra técnica utilizada es la de autocontrol, los terapeutas de la conducta han trasladado las conductas a programas prácticos para intervención y cambio conductual, tanto para los conductistas como para terapias cognitivas, el autocontrol cuando hace observaciones, en condiciones ambientales internas y externas.

Los datos y registros deben ser colectados para percibir relaciones interdependientes entre conductas individuales y condiciones ambientales; se deben distinguir los reforzadores positivos y negativos.

El paciente debe aprender la autoadministración de consecuencias para conductas específicas constituidas:

- Se debe hacer una planeación ambiental y modificación de estímulos.
- Se toman en cuenta conductas y cogniciones las cuales deben ser mantenidas, registradas y asociadas al mismo tiempo que los otros.

Los principios del autocontrol y sus estrategias son importantes para el problema conductual de la muerte, para entender mejor la muerte, a la familia y el sistema del cuidado de la salud. El simple acto de la enseñanza puede reducir la ansiedad del paciente, la ansiedad corporal se disminuye por medio de una relajación progresiva que funge para fortalecer la integridad personal y el control moral. El ambiente del hospital puede reforzar al paciente así como las enfermeras y la familia dando al paciente la oportunidad de demostrar su autocontrol ante ciertas situaciones.

nes teniendo control y opciones viables para reducir su tensión y lograr una mejor adaptación. El control de la respuesta varía considerablemente en cada paciente y el tipo de respuestas puede verse en las actitudes, expectativas, cogniciones generales y el control de su mente.

En la postura de Sobel (1981) la resolución de problemas se analiza e imparte dentro del autocontrol; con los enfermos moribundos, se trata de mantener su forma adaptativa y el control -- creativo para no excederse en discusiones y situaciones, y así -- mantener la fuerza, flexibilidad y optimismo.

Para tal efecto es necesario:

- 1) Identificación primaria de efectos de sus acciones.
- 2) Definición del problema.
- 3) Generación de alternativas y estructuras.
- 4) Imaginación de como otros podrían responder para resolver - problemas similares.
- 5) Consideración de pros y contras de cada situación propuesta.
- 6) Rango de orden de todas las soluciones posibles.
- 7) Selección de la solución más aceptable.
- 8) Reexaminación y redefinición del problema original en la luz del asesoramiento, y la fase de redefinición final para resolver problemas, es la orientación del autocontrol.

Los trabajos de Sobel (1981) fueron enfocados al enfermo con cancer en fase terminal, observando que existen varios mitos tales como: que el cuidado psicológico es el responsable de los cambios que ocurran tanto en el paciente como en su familia; la buena -

muerte es resuelta totalmente por la misma muerte donde un terapeuta puede enseñar al paciente como morir correctamente y en forma apropiada, y cuando se trabaja con moribundos o pacientes graves se deben tomar precauciones por que ellos son frágiles psicológicamente; es necesario para esto la catarsis, un paciente moribundo nunca puede ser un paciente con valor de hacer frente y el último de que toda la gente que padece de cancer necesita ayuda - de consejeros profesionales.

El trabajo de Sobel (1981) plantea la muerte vista desde una perspectiva conductual, como una oportunidad práctica para los clínicos, enfatizando la importancia de la responsabilidad familiar y personal, autocontrol, elección e interacción con ambientes interno y externo. El estudio de una enfermedad crónica y siempre una muerte son parte de una enfermedad psicológica, la cual requiere de enseñanza individual necesariamente.

El paciente es un participante y colaborador de los médicos y enfermeras, así como los miembros de la familia, todo esto como necesario para lograr una muerte más aceptable y más resignada, también propone que se haga un nuevo tratamiento para la resolución del desarrollo de áreas en la vida con una aproximación a la muerte.

De entre las técnicas aplicadas en específico al tema de la muerte, aparte de la T.R.E., se encuentra también la terapia cognitivo-conductual, técnica aplicada por Fabre, Jenkins y Cerruti (1987); básicamente partieron ellos de un marco teórico estrictamente sistémico, pues parten de la idea de que la familia puede -

considerarse como un sistema esto es, como una totalidad que se autorregula y se mantiene en constante interacción con su medio, iniciando un circuito cerrado, el cual permite un equilibrio dinámico entre la estabilidad y el cambio. Desde la perspectiva de la cibernética, la familia puede considerarse como un sistema compuesto por sus individuos que se comunican entre sí, que intercambian mensajes, que generan información y así, la familia se considera como un sistema cibernético que se autorregula por medio del procesamiento de información y la corrección de sus errores, si la retroalimentación es positiva logra llevar al cambio, pero si es negativa llevaría al sistema a la estabilidad.

El constructivismo propone que el observador no puede reconocer una realidad en espejo, pues no existe una correspondencia unívoca entre la realidad exterior y la realidad que el observador construye, entrenamiento a través de los sentidos. Sólo existe una acomodación, la construcción subjetiva de una imagen que encaja con la realidad exterior, por lo que, desde el constructivismo una forma definitiva sobre la realidad se vuelve imposible por lo que la realidad se construye, se inventa y existen un sin fin de realidades.

El trabajo de Fabre, Jenkis y Cerruti (1987) se apoya en las tres escuelas: La Estructural, la de Millan y el Instituto Ackerman. La escuela estructural describe a la familia como un grupo natural en interacción con su medio, el cual conforma su estructura a través de patrones de interacción, la escuela sigue una metodología donde el terapeuta es activo, directivo y explícito, la -

modificación de interacciones es lograda mediante crisis por las cuales pasan los familiares, de esta manera logran un cambio de roles entre dichas interacciones.

El estilo de la escuela de Millan se origina con familias de contextos anoréxicos y familias en transacción esquizofrénica el concepto de familia para esta escuela es que es un circuito cerrado en constante transformación, el cual se deja llevar por reglas, por lo que uno de los principales objetivos es transformar dichas interacciones entre sus miembros sin dejar de lado que es necesario dejarse llevar por los principios básicos de dicha escuela - que es la formulación de hipótesis, la neutralidad y la circularidad, los recursos a los que recurren para lograr el objetivo es - principalmente lograr que los propios integrantes de las familias se den cuenta de su error y así ellos mismos logren un cambio.

La escuela del Instituto de Ackerman, intenta conectar la conducta problema con las conductas de las demás personas incluidas en el sistema; utilizando la comunicación múltiple de tres veces, donde una es la que aboga por la estabilidad, otra por el cambio y la tercera, que es la que se encuentra en medio de las otras dos. El resultado es una comunicación con individuos que ayudan a la conformación de la comunicación subsiguiente, así al tener las dos primeras veces se observa el dilema entre la estabilidad y cambio mientras que la tercera permite una realidad distinta.

El trabajo realizado por estas cuatro terapeutas se divide en cinco momentos: 1) Pre-sesión. 2) La sesión. 3) Intersesión.

4) Cierre de la sesión. 5) Post-sesión.

En la Pre-sesión las terapeutas intercalan opiniones que tiene la familia. En la Sesión se lleva acabo con el terapeuta y la familia mientras que el resto del equipo observa a través de un - circuito cerrado de T.V., aquí el terapeuta puede consultar a los que están fuera, el tiempo que requiera a las veces que se necesiten, del mismo modo los terapeutas que estan fuera pueden mandar mensajes al terapeuta y a la familia cuando se requiera.

La Inter-sesión es cuando se reunen los terapeutas para analizar lo que reciben y posteriormente transmitirlo al final de la sesión y posteriormente a la Post-sesión, que es la etapa en la - que se comentan los resultados y se analizan si las hipótesis planteadas son o no válidas, así como la formulación de nuevas líneas de trabajo para las sesiones posteriores.

Partiendo de considerar a la familia como un sistema abierto, donde las interacciones entre sus miembros si bien tienden a mantener patrones estables que varían gradualmente para adaptarse - tanto a los cambios en el entorno como a los cambios de los elementos que lo componen, la familia está conformada por diferentes subsistemas: parental, conyugal y fraternal.

La aparición de una enfermedad constituye un cambio radical en el interior de la familia, así como un cambio en su entorno, - el cambio en el interior está dado fundamentalmente por el sufrimiento y la posible limitación de las capacidades del enfermo que requiere serentendido, cuidado, medicado, etc. El cambio en el en

torno ocurre por la incorporación a él del equipo médico, tratándose se del sistema hospitalario, ambos con un papel preponderante.

Los cambios que se sucedan en las familias mucho dependerán de las características de la misma familia, de la etapa en la que ésta se encuentre del momento de la vida del paciente, del lugar que ocupe en la familia, así como de los requerimientos de los diferentes tipos de enfermedades y su tratamiento. Cuando una enfermedad aparece de forma progresiva la familia tiene cierto tiempo para reajustar sus estructuras y su distribución de papeles y para echar a andar sus mecanismos de solución de problemas frente a la realidad de un miembro con una enfermedad crónica o terminal.

En el caso de que la aparición de la enfermedad sea repentina y aguda, pues todos los ajustes se tienen que hacer en un tiempo más corto y por lo mismo en mayor tensión.

Las familias con un miembro enfermo, presentan etapas de normalidad y crisis periódicas o intermitentes, por lo que requieren de flexibilidad suficiente para cambiar de una estructura y organización de familia normal a otra estructura y organización de familia en crisis y viceversa.

Se puede observar que al aparecer una enfermedad crónica en una familia generalmente se agravan los problemas que ya existen previamente y surgen otros nuevos tales como: que un miembro sea sobrecargado de trabajo, problemas en el subsistema parental, posición central del paciente en la estructura familiar, y en esta posición permite su participación en cualquier coalición; también pueden aparecer conductas disfuncionales en otros miembros -

de la familia, pueden suceder hasta migraciones a otras ciudades - para estar cerca del enfermo y darle un mejor tratamiento. En algunas familias de origen campesino se puede dar la fragmentación del sistema familiar.

Entre otros problemas el enfermo puede presentar algunos como autodestrucción, abandono del tratamiento, alucinación, recaídas frecuentes, depresiones graves, etc.

Otros problemas son los que presenta la familia en relación a su pariente enfermo entre los que se encuentran: la no comprensión y la aceptación del diagnóstico o la del tratamiento, una agresión de formas diferentes a miembros del equipo de salud y un establecimiento de la relación tradicional de redistribución de bienes y servicios.

Fabre, Jenkins y Cometi (1987), concluyen en su trabajo que - las características de la familia con un enfermo crónico son:

1) Los límites entre subsistemas y del sistema familiar con el enfermo se hacen más permeables, tienden a dividirse, permitiendo que el enfermo se vuelva central en decir que las interacciones en la familia se hagan en gran medida en función del enfermo, como - consecuencia se modifican las jerarquías.

2) El subsistema conyugal tiende a perder importancia frente al parental.

3) Cuando el tratamiento es complicado y costoso generalmente - el miembro que se ocupa del paciente tiende a estar sobrecargado de trabajo.

4) Como consecuencia de la tensión que produce en el sistema fa

miliar la aparición de la enfermedad, así como de los cambios --- adaptativos que esta tiene, es común que aparezcan conductas disfuncionales en otros miembros.

5) Los problemas que existían, tienden a agravarse, pero algunas veces se forman interacciones de unión frente a la enfermedad y los problemas previos pasan a segundo plano.

La proposición de Fabre, Jenkins y Cerruti (1987) tuvo como líneas generales:

Reintegrar al paciente a su subsistema para disminuir la centralidad de éste, así los intereses y actividades de los otros miembros de la familia deben mantenerse y seguir su curso.

Se propone fortalecer el subsistema conyugal para evitar la aparición de coaliciones a partir de conflictos anteriores entre esposos, deben tomarse en cuenta los problemas previos con el fin de resolverlos, procurando que los que les rodean no tomen partido en dichos conflictos.

También se debe fortalecer el sistema parental, así como repartir la carga del tratamiento de modo que no sobrecargue el trabajo de una sola persona y que el paciente de acuerdo con su edad y/o estado físico se responsabilice de su propio cuidado.

Es importante que se ayude a la familia a la elaboración de diferentes duelos; en el enfermo por la pérdida de su salud, de sus capacidades y proyectos, en la familia, por la pérdida de su salud, de sus capacidades y proyectos; en la familia por la pérdida de las expectativas puestas en el paciente y así se diera el caso por la muerte de éste.

Dentro del apoyo, se debe promover la compañía y el apoyo de la familia hacia el enfermo, especialmente en los momentos de gravedad y cercanía de la muerte,

Por otro lado se encuentra el trabajo con el equipo de salud, área donde Fabre, Jenkins y Cenrruti proponen que como primer punto se debe ayudar al equipo de salud a manejar y a elaborar la ansiedad y la angustia que aparecen en momentos difíciles.

Es labor del apoyo psicológico descubrir y modificar los patrones de interacción estereotipados que se dan en el interior del sistema terapéutico total, así como promover la integración del equipo como tal, promoviendo la comunicación entre los miembros del equipo para así, tener una visión más integral de cada caso.

Es importante dar a conocer a la familia las limitaciones del equipo de salud para un mejor entendimiento entre estas dos partes.

Para lograr tal fin; Fabre, Jenkins y Cerruti (1987), proponen que el trabajo con las familias pudiera abarcarse desde el diagnóstico de la enfermedad crónica hasta la muerte del paciente, a través de reuniones periódicas con todo el equipo de salud, con la familia, comenzando el trabajo con una entrevista inicial con duración aproximada de dos horas, a la cual asistirán toda la gente que habría con el paciente; en dicha entrevista se cubrirían los siguientes objetivos:

- a) Facilitar la integración del sistema terapéutico.
- b) Manejar la información de la enfermedad.
- c) Reforzar las formas de comunicación entre las familias y los

miembros del equipo de salud.

Luego el tercer momento sería una entrevista de diagnóstico donde se realizaría un diagnóstico de cada familia, cubriendo los siguientes objetivos:

a) Establecer si es o no necesario ofrecer terapia a la familia en este momento.

b) Definir momentos clave en los que sería conveniente trabajar con la misma.

c) En función de la estructura familiar, hacer recomendaciones sobre la conveniencia o no de algunos tipos de tratamiento.

En el caso de que una familia requiera terapia, se da ésta - cuando el equipo de salud lo considere conveniente; también se imparte la terapia de la familia en momentos clave, como cuando hay complicaciones o recaídas en la enfermedad; así la terapia tiene como finalidad:

- Ofrecer apoyo a la familia y al paciente en esos momentos difíciles.

- Explorar si en alguna forma la estructura y la dinámica están facilitando o reforzando esas complicaciones, para decidir si se debe trabajar terapéuticamente.

- Otro momento importante de intervención es el de la hospitalización, pues es necesario preparar tanto al paciente como a la familia y trabajar sobre los cambios que van a darse en la familia mientras la hospitalización dure.

- Si existen momentos en los que la muerte es inminente se debe reunir a todos los miembros de la familia, excepto al paciente y tratar la posibilidad del desenlace.

Por último Fabre, Jenkins y Cerruti (1987) afirman que la terapia con el paciente dependerá del tipo de enfermedad, de la edad del paciente, del lugar que ocupe en la familia y de la posibilidad de ésta para darle apoyo, pero en general los lineamientos a cubrir son:

a) Proporcionar al enfermo apoyo y la posibilidad del ser escuchado.

b) Manejo de información de situaciones especiales que no son tratadas en el grupo o junto a las familias.

c) Control del dolor mediante la utilización de técnicas hipnóticas.

d) Apoyo a tratamiento mediante sugestión hipnótica y visualizaciones, generalmente los pacientes presentan mejoras con estas técnicas.

Por otro lado, otra técnica que ha sido utilizada en el trabajo con enfermos es la Terapia Racional Emotiva como lo hizo -- Pereda R. (1988) quien tuvo como objetivo brindar apoyo psicológico a las familias que han experimentado o pueden cercanamente experimentar la muerte de un ser querido.

Pereda (1988) manifiesta en su trabajo que la muerte es un tema muy difícil de tocar debido a la obcenidad con que es percibida, además de la ignorancia y el temor que nos inspira, de ahí que desencadene una serie de trastornos como depresiones, sentimientos de culpa, angustia, desconfianza, y hasta problemas fisiológicos; como problemas cardiovasculares, gastrointestinales, etc; en sí el trabajo de Pereda (1988), se abocó a los trastornos -- psicológicos en las personas que experimentan la muerte de alguien

cercano, con la intención de eliminar o por lo menos disminuir dichas perturbaciones para poder enfrentar a la muerte de una manera objetiva y constructiva para que ellos y los familiares puedan transmitirle al paciente tranquilidad.

Para poder entender mejor como enfrentamos la muerte Pereda (1986), realiza una revisión de las perspectivas de la muerte en diferentes culturas; así menciona que la muerte entre los Nahuas era de mucha importancia ya que creían que el alma, se iba a un lugar determinado de acuerdo al tipo de muerte que el hombre había tenido, y así existían varios lugares que les correspondían. Por otro lado la percepción de la muerte en el Hinduismo y Budismo -- era en sí la ausencia de la presencia aunque también se plantea la existencia de una vida después de la muerte, en la cual se realiza un juicio, según sus actos buenos o malos y así se iba al cielo o al infierno; pero además se creía en la inmortalidad del alma y por tanto en la reencarnación.

Los Egipcios por su parte creían en la muerte como una interrupción y no como el final. Aunque más bien el origen de nuestras creencias lo podemos encontrar en los Hebreos, donde se concibe al hombre como creatura de Dios hecha a su imagen y semejanza, -- así que las almas tienen vida eterna, es decir que hay una vida más allá de la muerte terrenal; así la muerte es un estado transitorio que va de una existencia humana a otra sin embargo apesar de las creencias religiosas las personas dan a la muerte atributos negativos, como algo tenebroso a lo que se le tiene miedo, como un proceso muy doloroso y con cierto oscurantismo, algo inmen-  
ble.

El comportamiento manifestado ante la muerte ha sido estudiado por diferentes perspectivas como es el Psicoanálisis, que ve el temor que presentan los seres humanos ante la muerte como natural y normal, pues el inconsciente está convencido de su propia inmortalidad. El temor está presente en todos y cada uno de nosotros, pues una existencia innata y que gracias a ésto somos capaces de cuidarnos contra todos los peligros que nos amenazan de muerte, la presencia de este temor es indispensable al funcionar el instinto de conservación.

El temor por la muerte según Freud se desarrolla desde niños, como un deseo que podemos tener hacia los demás, aunque hacia la muerte también hay un respeto, emergiendo un cierto sentimiento de alivio al servicio de quien ha muerto y no de nosotros; el deseo de muerte se manifiesta cuando se siente un odio o aniquilación hacia otra persona.

La teoría Cognitiva Conductual le da gran importancia al comportamiento manifestado por el ser humano ante el suceso de la muerte, esta teoría asegura que el fenómeno de la muerte ocasiona en el hombre sentimientos irracionales de desesperación, o la incapacidad para aceptar o negociar con sentimientos de ambivalencia hacia la persona que ha muerto, o la pérdida de autocontrol, la incapacidad para expresar afectos a otros, todos estos sentimientos llevan al individuo a otras conductas desadaptadas como son: alcoholismo, suicidio, etc.

El objetivo de la Terapia Cognitivo Conductual consiste en educar al paciente desahuciado y a la familia para facilitar su

autocontrol guiándolos a un conocimiento de su propia instrumenta  
lidad.

Pereda (1988), reporta que existen numerosos estudios que po  
nende manifiesto, la efectividad de la T.R.E. acompañada de ejer-  
cicios de relajación para conseguir cambios de conducta, con esta  
base la autora trabajó con un grupo de trece sujetos pertenecien-  
tes a la clínica del Seguro Social "Las Margaritas" y con sus fa  
miliares para enfrentarse a la muerte de una forma colateral; para  
este estudio se utilizó un instrumento de evaluación que consistía  
en 20 ítems para la medición de aptitudes hacia la muerte de un -  
ser querido; 7 ítems sondeaban la conducta de evitación, 6 de an-  
siedad y 7 de depresión. Después de la evaluación se trabajó con  
la T.R.E. en sesiones llevadas a cabo en la misma clínica a la --  
que pertenecían los pacientes explicándoles el porque uno reaccio  
na como lo hacen, se les explicó el esquema, lo que es una idea  
irracional y las once ideas irracionales.

Aunque el trabajo de Pereda (1988), sólo llevó a cabo dos  
sesiones por que los sujetos no pudieron seguir asistiendo, los -  
resultados obtenidos mostraron que con la T.R.E., fue fácil de -  
captar el esquema, además se observó un aumento del bienestar en  
el estado de ánimo entre los familiares o mejor dicho participan-  
tes reportado por los mismos; también Pereda (1988) confirmó la  
existencia de patologías presentadas por los pacientes y sus fami  
liares que amenazan la integridad y la identidad de la unidad fa-  
miliar, así como la efectividad de la T.R.E., con sujetos desahu-  
ciados.

En este capítulo se puede observar que los trabajos realizados con los enfermos han variado en cuanto a su objetivo y concepción del problema, pues por un lado Kübler Ross basa su trabajo - en observaciones hechas en un hospital, de ahí determina algunas características del fenómeno de una enfermedad crónica o desahucio, tratando de que conforme el enfermo pase sus etapas de aceptación hacia la muerte, cambie la atención y el trato que se le proporcione al mismo.

Pero por otro lado Sobel propone una terapia específica fundamentada en la terapia del comportamiento y la terapia cognitiva para integrar efectos de las familias y el hospital, tratando de disminuir los estímulos estresantes durante el proceso que va de la enfermedad a la muerte.

Fabre, Jenkins y Cerruti (1987) al igual que Sobel proponen una teoría o técnica específica para ayudar tanto a la familia como al enfermo en dicha condición de enfermedad, en este caso proponen la terapia sistémica para elaborar un programa para tal población.

Pereda por su parte plantea un taller después de una revisión de la teoría Cognitivo Conductual, desgraciadamente no pudo ser - realizado y corroborado.

El tema, el apoyo y el trabajo con el enfermo crónico o desahuciado aún no está completamente explorado por lo que en este trabajo se propone una nueva concepción del fenómeno, esta vez a través de la teoría de la actividad como marco teórico que fue planteada por Uznadze y Tomazswcky ya que por su amplia visión social

nos permite abordar el fenómeno de una manera diferente; de esta forma se muestra a continuación el desarrollo de sus principios - fundamentales.

### CAPITULO 3.

#### PSICOLOGIA DE LA ACTIVIDAD.

El hombre es social e individual a la vez, ya que siendo social esta actividad (productiva), es regida por la dialéctica objetiva de las relaciones sociales... pero por otra parte siendo una actividad de los hombres, constituye también y de manera inmediata un aspecto fundamental de su proceso de vida individual. Se trata de dos caras de una misma realidad (Séve, 1975, p. 117). Esto quiere decir que aunque los individuos juegan un papel social como obreros, patrones, capitalistas, etc; no por eso dejan de ser personas y de desarrollar su individualidad dentro de los límites socialmente impuestos.

En el Capitalismo, Marx observa al hombre en un estado total de alienación, su persona es vista únicamente como fuerza de trabajo, se le cría y protege como a una máquina que requiere de mantenimiento, se le arrebató el producto de su trabajo; en pocas palabras se le deshumaniza y se le despersonaliza.

Luego entonces aparece con claridad que Marx siempre se refirió al individuo, a sus problemas sociales y a su realización integral; en esta medida, la posición Marxista no puede ser atacada de antihumanista. El individuo es un ser social, y al mismo tiempo el ser social no es otra cosa que el individuo, por consiguiente éste es la totalidad.

La postura Marxista no impide regresar al conocimiento científico del individuo y de su forma concreta de vida; sólo no la

impide, sino que lo exige; y lo exige debido a que las relaciones sociales no son, en el fondo, otra cosa que interrelaciones de los hombres. Así el individuo, entonces, vive en condiciones objetivas que no son producto de su voluntad, sino de condiciones sociales que hacen del individuo un ser social, determinado por la sociedad.

En conclusion, la relación entre sociedad, grupo o individuo, es una relación en que los elementos se influyen mutuamente, es una relación dialéctica. Por lo que la objetivización de las potencialidades humanas está determinada por una particular estructura social, la clase, las instituciones, normas de conductas, etc.

Uno de los lineamientos a tratar en el presente trabajo es el de analizar y revisar la perspectiva psicológica marxista en su imagen del hombre, su interacción con el ambiente y los papeles que ambas partes juegan en esta interacción. Habiendo revisado a Hiesbsch y Vorweg, 1982 y Séve 1975, se encontró que, siendo escritos por personas con una formación diferente y también en diferentes épocas, tienen algunas diferencias en la interpretación de los textos marxistas. Esto lleva a pensar dos cosas; que Marx puede ser interpretado en más de una forma y que la psicología Marxista a pesar de los esfuerzos de sus seguidores es una disciplina científica que aún está por hacerse y construirse; la forma en que será construida y más o menos acabada está por verse y dependerá de la convección de los investigadores y de las condiciones (políticas, económicas, sociales y culturales) en que se desarrollen las investigaciones.

Dado el planteamiento en forma general del posible concepto que Marx deja ver en sus lecturas en lo que se refiere al individuo o bien al ser social, se pueden extraer algunas conclusiones generales acerca de lo que este significa:

1) El individuo nace por razones biológicas, pero determinadas socialmente; es decir que, para que se de a luz a un niño, se tienen los requerimientos biológicos para que se lleve a cabo tal acto; pero las relaciones sexuales están dadas por el contexto social en que viven hombres y mujeres; éstas están rodeadas de una serie de reglas, ritos, restricciones sociales, morales, religiosas y económicas. Donde cada sociedad y época humana tiene las suyas propias producto de su evolución social e histórica. Por lo tanto, aunque el acto de la concepción y el alumbramiento son -- eventos biológicos, en el caso del hombre, se dan en un contexto social que los determinan.

2) El individuo nace en una sociedad ya establecida por sus antecesores; no nace en la nada y por sí mismo crea su mundo, sino que más bien nace en un mundo ya establecido por sus antecesores. Este mundo social ya tiene su propia estructura y características y el niño nace dentro de ellas le guste o no. Es decir que tales características son ajenas a su voluntad; es así que, por ejemplo en nuestra sociedad mexicana, al nacer un niño los padres tienen la obligación de ponerle un nombre, bautizarlo, registrarlo, aplicarles vacunas, etc. el niño se somete a tales acciones por que no le queda de otra ya que no tiene la posibilidad de oponerse y por que nació en una sociedad con estas características, que lo protegen, lo educan y le modifican sin consultarle.

3) Nace además dentro de una clase social, esta clase, dependiendo de cual sea, tiene sus propias metas, soluciones, limitaciones y posibilidades y el sujeto tiene que desenvolverse dentro de ellas. Aunque en ocasiones puede superar las limitaciones, en su mayor parte tiene que adaptarse. Entre más alta es la clase socioeconómica en que se desarrolla, más posibilidades tiene de educarse, apropiarse del mundo y reproducir, por lo tanto, a su propia clase social. Estas limitaciones, aunque fuertes, no son insalvables ni definitivas.

4) Dentro de este contexto crece y se educa apropiándose del conocimiento y experiencia de la humanidad. Su desarrollo biológico e intelectual depende en gran medida de la clase social en que nació. Desafortunadamente van correlacionados pobreza extrema e ignorancia; por lo que la alimentación, la educación, la -- transmisión de mitos, valores, religión, etc; serán más deplorables cuanto más baja sea la clase en que nació. Sabemos que durante el crecimiento es necesaria la ingestión de proteínas de buena calidad para el adecuado desarrollo del cuerpo y del cerebro ( por lo tanto de su desarrollo intelectual); por lo que es obvia la repercusión de estos factores sociales sobre el crecimiento de los niños, sus posteriores posibilidades y sus (hasta ahora biológicas) limitaciones.

5) En su desarrollo interactúa con el contexto ya descrito y dentro de las modificaciones ya establecidas, lo modifica. Aquí entra el sujeto que al interactuar con el ambiente durante su desarrollo, tiene posibilidades de modificarlo.

Me es posible pensar en el sujeto como un agente pasivo que

es determinado por el ambiente; ésta sería la imagen del hombre - como de un robot que es construido y programado y que sus limitaciones de cambio y evolución se prolongan casi hasta el infinito. La sociedad evoluciona por que evolucionan los individuos que la componen; aunque parece que la sociedad cae en círculos viciosos sin salida, ésto no es así, más bien ocurren espirales muy apretadas que parecen círculos viciosos; pero por más apretada que esté una espiral, esta avanza y evoluciona hacia algún lado. Las condiciones sociales e individuales se modifican con el tiempo por que los sujetos interactúan de una forma dinámica con el ambiente; en esta interacción tienen al menos una posibilidad de cambio y mejoramiento de sus condiciones.

6) Al modificar el ambiente, el individuo se modifica a sí mismo; este es el rejuego dinámico del individuo con el ambiente que es postulado por el Marxismo. El individuo, que es modificado y - creado por el ambiente, al interactuar con éste, lo modifica; pero esas modificaciones en el ambiente repercuten sobre el individuo controlándolo y otra vez, modificándolo. Por ejemplo; un sujeto que, a pesar de haber nacido en un ambiente de ignorancia y pobreza, logra educarse y conseguir ascender en la escala social. - Este sujeto, en su interacción con las condiciones logró modifi- carlas; en ésta medida ahora las condiciones son otras, pero al - ser otras las condiciones, el individuo tiene también que compor- tarse de otra manera, acorde con las ahora, nuevas condiciones. El individuo y el ambiente continúan así sucesivamente interac- tuando y modificándose mutuamente. Es la dialéctica del constante enfrentamiento de un factor con (no contra) el otro; esta dialéc-

tica genera movimiento, pero los dos factores tienen responsabilidad en el cambio.

7) Por último diremos que, dado lo anterior, en esta interacción constante y transformación mutua entre el individuo y sus condiciones sociales, el hombre tiene una parte activa en su desarrollo y crecimiento dentro de una sociedad transformadora y transformada.

Dadas estas conclusiones desprendidas del marco Marxista de la psicología podemos pensar en sus implicaciones para la psicología clínica (psicoterapia) que es el interés personal de quien esto escribe; el ver al hombre dentro de esta postura marxista, lleno de limitaciones y determinantes externos, pero lleno también de posibilidades de cambio y crecimiento aún dentro de dichas limitaciones lleva a interesantes reflexiones y posibles aplicaciones dentro del campo de la psicoterapia. Es decir que el hombre no se encuentra en el místico paraíso donde no hay problemas ni necesidades, pero si bien no está aquí, tampoco tiene por que lamentarse excesivamente ya que tiene la gran oportunidad y responsabilidad de modificar, al menos en parte, las condiciones en que vive. Esta postura es contraria a otras posturas extremistas; por ejemplo, por un lado la postura robotizante del conductismo y sus problemas que ya se han discutido en otra parte; y por otro lado las posturas humanistas como el existencialismo, la terapia centrada en el cliente, la logoterapia, etc; que ponen al sujeto como el centro del cambio, como responsable del ambiente. Estas posturas extremistas tienen sus alcances terapéuticos, pero sus limitaciones son mayores ya que al poner el control del individuo -

en uno u otro extremo, responsabilizan excesivamente a un factor y le quitan demasiado la importancia de cambio al otro; ésto puede llevar a rigorismos excesivos en el análisis y las técnicas, pero sobre todo a confusiones en el nivel explicativo con repercusiones en todo el sistema psicoterapéutico.

Estas conclusiones no las podemos considerar como definitivas y suficientemente fundamentadas; más bien son razonamientos desprendidos de la lectura de los materiales, pero los creemos lo suficientemente coherentes como para suponer que, al menos, tengan alguna utilidad.

Una vez planteada la imagen marxista del hombre, pasaremos a la explicación de las bases teóricas del entrenamiento socio-psicológico.

Para poder abordar el fenómeno del paciente dasahuciado y dado el marco teórico que hemos elegido, retomaremos al entrenamiento socio-psicológico como una alternativa de intervención. Por su puesto que esta alternativa no será tomada al pie de la letra, si no modificada en base a la situación particular y al análisis que se realice; sin embargo es necesario conocer las bases de las cuales parte el entrenamiento socio-psicológico para poder entenderlo cabalmente; por lo tanto presentaremos las bases teóricas, las cuales consisten en la teoría de la regulación de la actividad de Tamszewski y el concepto de la ustanovka de Uznadze.

BASES TEORICAS DEL ENTRENAMIENTO PSICOLOGICO.  
LA TEORIA DE LA REGULACION DE LA ACTIVIDAD DE TOMASZEWSKI.

Para este autor, el objeto de la investigación en psicología es la regulación de las relaciones del ser humano con el ambiente, del cual él mismo es parte integrante (Alberg, p.4). Existen dos niveles de regulación: 1) la que se regula mediante la conducta y 2) la conducta es a su vez regulada psíquicamente.

También de acuerdo con Tomaszewski, existen dos tipos de relaciones: las interactivas, que tienen un carácter casual-consecutivo, donde la transformación de un elemento es la causa de transformación de otro; y las relaciones de dependencia, que tienen un carácter funcional, es decir que la existencia y función de un elemento sólo son posibles con la condición de la función y existencia de otro.

Es importante entender el concepto de organicidad, que quiere decir la susceptibilidad a organizarse y que se relacionan los elementos en sistemas más o menos cerrados. Existen diversos tipos de ambientes; el natural (clima, flora, fauna, etc...), el artificial (creado por el hombre) el sociocultural (organizaciones estatales y sociales). Estos ambientes son subsistemas de sistemas más grandes e interactúan entre sí dentro de la organización.

Tomaszewski está en contra de los sistemas unilaterales y mecanicistas. El hombre es un subsistema que es parte del ambiente, pero está capacitado para influir conscientemente sobre el ambiente orientado hacia un fin. Esto significa que el hombre regula activamente sus relaciones con el ambiente, de tal manera que este

le resulte ventajoso. El autor define de la siguiente manera a la situación: Según la definición más general del concepto, cada situación es definida sobre todo por sus elementos, por sus características, por el estado de sus elementos particulares en un momento determinado y por las relaciones recíprocas que existen en ese momento entre los elementos (Alberg, p.7). Este autor distingue dos tipos de actividades humanas: 1) la protección de los procesos vitales generales y 2) las actividades con cuya ayuda el hombre actúa sobre el ambiente transformándolo o se transforma a sí mismo por el otro. Por lo tanto, también existen situaciones existenciales (situaciones vitales) y situaciones conductuales (situaciones de la actividad).

De las situaciones existenciales tenemos como ejemplo la familia, el hospital, etc; y de las situaciones conductuales tenemos que son aquellas donde un estado sólo puede ser producido mediante una actividad correspondiente del hombre. Existe una constante interacción entre los dos tipos de situaciones y ambas se afectan mutuamente. La conducta dirigida a una meta es exclusiva y definitoria del ser humano.

La situación abarca dos significados: 1) los significados estimulantes que dan cuenta del aspecto estímulo-respuesta; es decir, de la activación inespecífica y 2) significados directivos que se refieren al aspecto de la tarea y de la actividad en el nivel de organización superior de la conducta.

## LA FUNCION REGULADORA DE LA CONDUCTA.

Para empezar, se define al término de necesidad con el sistema del ambiente y la situación real de los cuales dependen tanto la conducta del hombre como sus procesos vitales. Este concepto de necesidad contiene tres elementos fundamentales: el sujeto de la necesidad, esto es quien tiene la necesidad; el objeto de la necesidad, o sea de quien tiene la necesidad, y la base de la necesidad, es decir, por qué tiene esa necesidad. Las necesidades del hombre existen independientemente de su conciencia. Las necesidades del hombre con respecto a su ambiente pueden ser ilimitadas. Se establece una clara diferencia entre las necesidades externas e internas. Con respecto a las internas, son aquellas que representan las diferentes dependencias de las funciones internas del hombre; éstas se subdividen a su vez en necesidades fisiológicas y necesidades psicológicas.

En cuanto a las necesidades externas, son la dependencia del hombre con respecto a su ambiente. cuando existe equilibrio las necesidades externas e internas permiten que el sistema funcione adecuadamente; pero cuando existe desequilibrio la actividad del hombre se dirige para poder cubrir esa necesidad. pero es básico entender que nunca se alcanza el equilibrio total, aunque siempre se busca incesantemente. Esto lleva a transformaciones y cambios en el hombre y en el ambiente. a éste se le llama proceso de regulación, equilibrio siempre perturbado y siempre en busca y en lucha por lograrse, manifestándose en forma de necesidades.

Tal regulación de relaciones se da en dos maneras; por un la

do el hombre se adapta con su conducta a las condiciones ambientales; y por el otro el hombre da forma a la realidad por medio de acciones según sus necesidades. En el hombre, a diferencia de los animales, esta relación es específica.

Existen diferencias con el sistema histórico de Leontiev, ya que no considera las necesidades supraordenadas y el análisis específico de la realidad social.

#### CONDUCTA REACTIVA Y CONDUCTA DIRIGIDA A UNA META.

La conducta reactiva tiene limitaciones de respuesta, se da en todos los seres vivos incluyendo al hombre; en cambio las posibilidades de la conducta dirigida a una meta son más amplias, - más flexibles y son específicas del hombre. Con la conducta dirigida a una meta, el hombre conforma activamente sus relaciones con el ambiente, transformándolo y actuando sobre él.

En cuanto a la conducta reactiva, su unidad más simple es el reflejo (E-R). Aunque también existen formas adquiridas más complejas que pueden tener su propia estructura jerárquica. Estos fenómenos se llaman, en el caso de Uznadze, impulsivación.

Más tarde surgen conductas que no dependen del estado anterior sino de lo que nos va a ocurrir. Está dirigida a producir un estado determinado que sólo puede alcanzarse mediante la transformación del estado ya existente (carácter dirigido de la conducta). (Alberg, p.15-16).

Aunque Tomaszewski distingue a la actividad de la acción, el

carácter objetivado de la acción no se analiza diferencialmente.

Con respecto a la conducta dirigida a una meta, tenemos que en ocasiones el resultado debido a una desviación de la actividad con respecto de la meta, se llega a resultados diferentes. a ésto se le llama error; además existen consecuencias colaterales o mediatas que resultan de la actividad.

Por otro lado, la actividad está dividida en etapas, a dichas etapas, que llevan a resultados parciales, se les llama operaciones auxiliares (que ayudan indirectamente) y operaciones productivas propiamente dichas.

Se realiza un análisis estructural funcional, tomando en cuenta que la estructura de la actividad está referida a una meta.

Entonces existen tres aspectos de la actividad: el funcional (toda actividad tiende a un fin); el objetivado ( toda actividad tiene un objeto al que se refiere) y el subjetivo (toda actividad tiene un sujeto, alguien que la lleva a cabo).

Las actividades tienen diferentes estructuras: lineal, ramificada, jerárquica, etc... Estas dependen del tipo de tarea; si es individual o cooperativa, si es mental o física.

La conducta reactiva y la dirigida a una meta no son excluyentes entre sí, sino también se incluyen y se integran, por lo que se propone la fórmula:

T (E-R) Ro

TAREA. Se incluye a la conducta reactiva.

Ro. Es el resultado.

Existen diversos subsistemas que regulan la relación con el mundo externo, los más importantes son el activador emocional y el orientador programador (OP). El OP está constituido por conceptos, opiniones, imagen del mundo, autoevaluaciones, planes, programas, estrategias, etc...

De este último subsistema (OP) se desprende la explicación de la dirección cognoscitiva de la conducta dirigida a una meta. Esta explicación es compartida en algunos aspectos por diversos autores y teorías. Sin embargo, en la teoría de Tomaszewski se interesa por las propiedades dinámicas y flexibles de ese sistema; es decir, que todo sistema cognoscitivo puede asumir varios estados funcionales y se puede afinar como un instrumento o un radio; es decir que se modifica su función sin cambiar la estructura; de esta manera es modulada la actividad. Un estímulo ambiental se relaciona con el sistema orientador-programador y adquiere un significado. Por lo tanto la dirección de la actividad va a estar dada por la representación relativamente estable de la realidad y las informaciones particulares de la realidad.

De acuerdo a Tomaszewski, existen tres factores que forman un triángulo e interactúan entre sí. El primer aspecto es una evaluación de cómo es la realidad; el segundo es cómo debería ser (que depende de un valor) y el tercero es una evaluación del estado alcanzado, esto es, las posibilidades que se resumen en la pregunta de cómo puede ser.

Las distancias entre estos tres factores son importantes, ya que un alejamiento excesivo provoca desaliento en la conducta, tanto, como un acercamiento excesivo. Además hay que tomar en cuenta la perspectiva temporal, ya que lo que no tiene valor hoy, lo tiene mañana y viceversa. Hay que tomar en cuenta asimismo, que en el transcurso del tiempo, el individuo va adquiriendo nuevas - informaciones que van afinando y modificando la situación; modifi- cación que se va adaptando constantemente a las diversas fases - del cumplimiento de la tarea. De esta manera, se va haciendo la - corrección de lo hecho, como la anticipación de lo que tiene que ocurrir.

#### EL CONCEPTO DE USTANOVKA DE D.N. UZNADZE.

El concepto de ustanovka fue creado por Uznadze quien es un psicólogo soviético fundador de la escuela georgiana; dentro de - este concepto, que se irá explicando, Uznadze trató de hallar las causas inconcientes de la conducta.

El concepto central dentro de esta teoría es la actitud, la cual es una modificación del ser viviente, que corresponde a las circunstancias objetivas. Uznadze describe la función subjetiva - de la personalidad mediante el concepto de objetivación, que consiste en la conducta conciente ante el ambiente, para la cual es condición antecedente el mecanismo inconciente de la ustanovka. - Esta a su vez es un estado que sin convertirse en contenido de la conciencia, tiene sin embargo un influjo decisivo en su trabajo.

Aquí es importante el concepto marxista de totalidad en cuanto

to a la personalidad, es decir que la personalidad actúa como un todo, por lo tanto todo proceso en la actividad de un sujeto no es un hecho aislado. Por lo tanto el inconciente y el conciente no son procesos separados, sino que surgen uno del otro y ocurren si simultáneamente en cada acto conductual actual.

Existen diversos niveles de actividad en la interacción hombre-ambiente. Al principio sólo se dan reacciones heredadas por el organismo, pero la condición que origina la ustanovka es la coincidencia de una necesidad con un objeto que la puede satisfacer. La necesidad pasa de un nivel biológico al psicológico -- a través de su contenido originado en el ambiente, así el sujeto aprende en la actividad social.

La ustanovka tiene tres niveles. En el primer nivel, que es biogenético, se tienen tres funciones: 1) cognoscitiva, es decir, una imagen gráfico perceptual; 2) estimulante, que motiva impulsivamente y 3) regulativa, que pone en marcha la conducta afectiva.

En el segundo nivel, aunque es inconciente, es conciente en principio. Se da en el acto de objetivación que es el embrión de la conducta condicionada socialmente. La actitud tiene tres componentes interrelacionados: cognoscitivo, emocional y evaluativo y volitivo. Es posible separar estos tres componentes mediante la toma de conciencia del contenido de la actitud.

Pero sólo en el tercer nivel, el de la personalidad, se hacen en realidad evaluaciones concientes. La personalidad tiene -- características reorganizativas objetivizando relaciones y diri-

giendose a una meta. El sujeto se apropia de los significados y - de los sentidos heredados socialmente. Esto es regulado por la - ustanovka, según el grado de relación conciente que tenga el suje to con el objeto.

#### NIVEL IMPULSIVADO DE LA CONDUCTA.

Aquí, en este nivel, la conducta es regulada inconcientemente por el sujeto. La conciencia se refiere sólo hacia la orientación a una meta; es decir, que la disposición a percibir algo le sigue la disposición para comportarse, después de haber realizado la -- evaluación correspondiente. Pero los objetos percibidos no se ordenan de acuerdo a la experiencia sino de acuerdo a los conocimientos que son actualmente eficaces en correspondencia con la actitud.

En el nivel impulsivado existe una inmediatez y encerramiento por parte del sujeto y de sus actos.; es decir, que la orientación ocurre con independencia de la voluntad del individuo.

#### NIVEL OBJETIVADO DE LA CONDUCTA.

A diferencia del nivel anterior, en éste la realidad se convierte en el objeto del sujeto. Aquí ocurre una conducta teórica que permite una transformación conciente de acuerdo a las condiciones. El sujeto se pone concientemente dentro de la situación y esto le permite crear las condiciones para dominarla.

Esta teoría de la ustanovka muestra la existencia de una organización interna, misma que se da por las relaciones entre el - hombre y el ambiente; de aquí surge la motividad por medio de la

cual el hombre establece esta relación.

La personalidad contiene entonces, componentes inconcientes relativos al flujo conductual, lo que hace que exista una ahorro conductual y además, una anticipación de la situación en la que se encuentra la meta conciente.

Si la conducta efectuada tiene éxito, entonces se almacena en la memoria a manera de patrón conductual y se actualiza a voluntad.

La ustanovka tiene tres funciones: 1)selectiva; 2)evaluativa y 3)orientadora; con respecto a la primera, quiere decir que elige informaciones del entorno y del sujeto que se encuentra en éste; evaluar significa hacer coincidir esas informaciones en lo que -- respecta a la necesidad; y por último orientar significa transformar en actividad orgánica concreta los patrones de acción que se han reconocido como adecuados mediante la selección y la evaluación.

La ustanovka, entonces, no sólo produce la relación entre el sujeto y el objeto, sino también el contexto externo del sujeto, la lógica de la conducta y la estabilidad estructural de la actividad.

Para pasar de una actitud inconciente a una activa y conciente, es necesario que se dé el hecho de tener una actitud y el proceso de reafrentación mediante el cual al sujeto se le informa de la eficacia de sus actividades.

Cuando surge la resolución de una necesidad, el sujeto empie

za a buscar las señales que le orienten para realizar la actividad. Esto tiene efectos motivacionales; es decir, que al decidir iniciar una conducta, simultáneamente es el motivo de ésta. Por eso el proceso de la ustanovka es al mismo tiempo un proceso motivacional.

Cuando se da el objeto que satisface una necesidad y no los métodos para alcanzarlo, entonces las necesidades se convierten en los motivos. Surge la conducta impulsiva, que se caracteriza por la aplicación irreflexiva de posibilidades de la acción. Pero en la conducta impulsivada (no impulsiva) se dan las acciones firmes que subjetivamente tienen gran probabilidad de llegar a la meta; aunque se caracteriza por su inmediatez.

Como puede observarse, la teoría de la regulación psíquica y la ustanovka, engranan perfectamente con la imagen marxista del hombre. Esto en el sentido de la constante interacción que éste tiene con su entorno; por otro lado, la ustanovka nos hace ver lo compleja que es la personalidad del hombre; el cual no es consciente de muchas de sus acciones debido en parte a que son demasiadas las que emite. Esta impulsivación permite ahorros de regulación consciente. Por otro lado al ejecutar una conducta de acuerdo a un concepto y explicar verbalmente dicho concepto son diferentes niveles de ejecución; y se puede manejar conductualmente un concepto y no poder reportarlo, por ejemplo, puedo manejar a la perfección el lenguaje, pero no poder explicar mi manejo de acuerdo a las reglas de la gramática, sintáxis y la lingüística.

Ahora presentaremos algunos aspectos teóricos del entrenamien

to sociopsicológico más en concreto, cómo se ha aplicado a otros contextos y de que manera se ha desarrollado en la práctica; también explicaremos brevemente lo que para Leontiev es el significado y sentido personal ya que esto nos permitirá entender más claramente el entrenamiento sociopsicológico. Por último haremos un análisis del enfermo desahuciado para pasar a la propuesta de intervención.

#### EL ENTRENAMIENTO SOCIO-PSICOLOGICO.

Este entrenamiento sociopsicológico, fue iniciado en la RDA, por Menfred Vorweg y Traudl Vorweg-Alberg en la sección de psicología en la Universidad Carl Marx en Leipzig. Las bases teóricas del entrenamiento están, como ya puede notarse a estas alturas del presente trabajo, en la teoría de la actividad, y en específico en la teoría de Tomaszewski (teoría de la regulación de la actividad) y de Uznadze (concepto de la ustanovka), ya expuestos en los capítulos anteriores.

El objetivo de este entrenamiento es capacitar a los individuos en determinadas situaciones con el fin de que puedan aportar de manera más efectiva en su trabajo y contribuir al logro de las finalidades sociales; las poblaciones a las que se ha aplicado este entrenamiento ha sido directores de la industria socialista, - educadoras en general y psicólogos; es decir, personas que son responsables de la realización de procesos cooperativos.

El entrenamiento sociopsicológico trata de contribuir al desarrollo de la capacidad individual en la acción ya que capacita

agotando las finalidades sociales y en concordancia con las posibilidades y potencias de una influencia efectiva; dentro de las investigaciones que se han realizado en este entrenamiento, se ha buscado encontrar la conducta efectiva y las condiciones psiqui-cas de la regulación correspondiente, así como las posibilidades de su desarrollo; pero tampoco se ha pretendido que sea el único método para desarrollar la capacidad individual de la acción.

Dentro del entrenamiento sociopsicológico, el primer paso a realizar es el análisis de las exigencias sociales significativas. Se determina su esencia, en su contradicción interna, en su potencialidad, en relación con los fines sociales; se trata de garantizar que efectivamente se trata de la exigencia relevante; para -ello existen tres criterios de relevancia: 1)seleccionar las exigencias especialmente significativas para alcanzar las finalidades sociales de la población específica y que ocupan la posición central en las mismas; 2)analizar e identificar las exigencias que -pueden ser menos efectivas que otras; 3)son relevantes estas exigencias elegidas en la medida en que reflejen realmente las dificultades de las personas y esto puede ser constatado por una gran disposición a la modificación.

El entrenamiento sociopsicológico se realiza utilizando como apoyo material equipo de videotape completo. Se realizan una serie de ejercicios que son videograbados, los cuales, posteriormente se van analizando paso a paso; es decir que la cinta se va observando y deteniendo continuamente para realizar el análisis y -las observaciones pertinentes, se trata de que el conductor del entrenamiento no desempeñe un papel de instructor, en el sentido

de que el conocimiento proceda de él, sino de coordinador de las actividades, en el sentido de que el conocimiento proceda del -- grupo.

Los ejercicios que se hacen dependen de las exigencias sociales identificadas como relevantes. Es decir que dependen de los - objetivos específicos de la aplicación; por ejemplo en el caso de la aplicación a educadoras, se les entrena a que dirijan, de una forma eficaz, el juego cooperativo de los niños durante sus tiempos correspondientes para ello, a los directores de las empresas se les enseña a establecer adecuadamente estrategias de negociación.

Para poder entender adecuadamente las bases teóricas del entrenamiento sociopsicológico, expondremos lo que para Leontiev es el significado y sentido personal. Según dice este autor, este es el momento objetivo en las relaciones cooperativas que el sujeto ha establecido; además abarca las características constantes y objetivas de una cosa. El significado pone en relieve las características de "las cosas en sí" y la "cosa para nosotros".

De las acciones se desprenden las operaciones (procedimientos). Estas quedan fijadas en las herramientas. El significado de la herramienta es la primera abstracción conciente y racional.

"De esta manera, las herramientas y los objetos de uso van a aportar idealmente, en forma objetivada, las características esen-ciales de una cosa y al mismo tiempo las metas generalizadas" (Busse, p.23).

Además, el uso del lenguaje hace que se concentren experiencias en signos y símbolos. Conservan y acumulan ambas (objetos y lenguaje) la experiencia de la humanidad. Todo esto hace que surjan sistemas de relaciones y vínculos sociales y con esto un sistema de estructuras objetivas de significados desarrollados históricamente. Pero el individuo nace en la actualidad dentro de un mundo de objetos con un significado y tiene que apropiárselos para poder actuar dentro de sus relaciones vitales sociales y cooperativas.

Los significados, entonces, constituyen la conciencia social y al mismo tiempo la conciencia individual, ya que se individualizan y objetivizan. La conciencia individual surge a través de la apropiación de los significados.

Ahora bien, el sentido personal, que es un elemento más de la conciencia, le comunica fenoménicamente el compromiso de su conciencia sobre sus intereses, tendencias, deseos y conflictos internos, entonces tenemos por un lado a los significados sociales y por el otro el sentido personal; no siempre coinciden. Esta falta de conciencia se debe a las diferencias de clases y puede llevar a una desintegración de la conciencia individual en condiciones sociales contradictorias. Esto puede llevar al sujeto a posiciones muy resistentes y por lo tanto a que el sujeto nunca se da cuenta de que comprende la realidad con significados inadecuados. Esto ocurre en las formas de pensamiento histórica, concreta y típicamente burguesa. La respuesta a estos problemas no está en la búsqueda contemplativa sino en la lucha por la superación de las relaciones vitales enajenadas. Una tarea de la psicología es com-

prender la relación concreta existente entre las particularidades psicológicas de la conciencia individual del hombre y su ser social.

El enfoque histórico y el análisis de la actividad se vinculan entre sí de una manera coherente. La conciencia se deriva de un análisis de la actividad.

A pesar de esto aún no se comprende el desarrollo histórico individual del sujeto concreto y por lo tanto la conciencia individual; pero su base se encuentra en la apropiación del significado y el desarrollo del sentido.

Dentro del estudio con su "enfoque histórico", Leontiev no inicia su investigación tomando la diferencia entre lo innato y lo adquirido; más bien aborda el fenómeno desde otro punto de vista: la diferenciación entre especie e individuo; se debe preguntar - cuál es la relación entre individuo y especie. Entonces se tiene que determinar históricamente la relación entre naturaleza y ambiente como la característica más general de una especie biológica. El sujeto hereda las posibilidades conductuales y desarrollo en su ambiente; de esta manera, el individuo reproduce y desarrolla tanto las capacidades y características de su especie como -- las individuales. Esto ocurre tanto para animales como para el - hombre con sus diferencias heredadas y adquiridas. En el hombre - son aprendidas socialmente, mientras que en los animales tienen - características filogenéticas.

En el caso de los humanos se acumula la experiencia y las so ciedades se vuelven cada vez más complejas. En esto observamos fa

cultades humanas objetivadas o "fuerzas esenciales"; estas fuerzas esenciales son propuestas al hombre en los fenómenos objetivos del mundo que lo rodea, entonces el individuo no sólo se adapta al ambiente, sino que se apropia individualmente de las capacidades fi  
jadas en las estructuras de significaciones objetivas; "la capaci  
dad para apropiarse de las experiencias sociales es la caracte  
rística filogenéticamente adquirida más general y a la vez especi  
ficamente humana que debe considerarse condición biológica neces  
aria para cualquier ontogénesis humana" (Busse, p.31).

Durante el proceso de apropiación se reproduce la estructura  
de la actividad que está por debajo de la objetivización de las -  
experiencias y las capacidades.

El niño aprende necesariamente con ayuda de un adulto la fun  
ción y operación de los objetos; y así el niño aprende el signifi  
cado y la lógica como cosa y objeto, además de su función social  
de comunicación humana. Esta apropiación es mediada lingüística-  
mente y así es más corta y condensada.

Retomando a Vygotski, las funciones van desde afuera hacia -  
adentro; primero son fenómenos intrapsíquicos en la comunicación  
entre los humanos y luego se interiorizan transformándose poco a  
poco en funciones intrapsíquicas individuales.

Esto parece muy ideal, pero en las sociedades de clases, los  
individuos de las bajas se encuentran con verdaderas barreras para  
apropiarse, sobre todo, de las riquezas espirituales; los domina-  
dores los despojan de ellas, por lo tanto existen límites de apro-  
piación y resulta una verdadera lucha para lograr salvar tales ba

rreras. Aún en la pretendida sociedad liberada socialista existen situaciones especiales y el individuo debe decidir por o contra - las posibilidades de apropiación reales.

Pero aún así quedan huecos por llenar: "El hecho propiamente psicológico, el hecho de mi vida consiste en que yo me apropie o no, una significación determinada; en qué grado la asimilo y también en que se convierte para mi, para mi personalidad" (Busse, p.34).

Pero queda una pregunta en el aire, y es el problema de lo - que caracteriza al individuo como personalidad. Leontiev afirma - que la personalidad es una nueva formación psicológica que se va conformando en las relaciones vitales del individuo y es el resul - tado de la transformación de su actividad.

El problema que tienen las teorías de la personalidad es que la derivan de antecedentes naturales o del ambiente o cruzando -- ambas determinantes. Leontiev no desprecia dichas determinantes - pero trata de investigar el desarrollo como proceso de automonito - reo, estudiar las relaciones motrices internas, contradicciones y transiciones mutuas. Esto se realiza dentro de la actividad.

La personalidad se desarrolla como producto del individuo ac - tivo dentro de sus condiciones sociales vitales; pero aún no se - conoce con claridad lo específico de la personalidad.

Por eso se dividen los conceptos de individuo y personalidad. Aunque ambos conceptos se refieren a algo indivisible no son idén - ticos.

Lo que establece la diferencia, la personalidad, son las relaciones específicas sociales del hombre; relaciones que se establecen a través de sus actividades.

Dice Leontiev: "...la base real de la personalidad del hombre no subyace en programas genéticos puestos en él, en las profundidades de sus dotes e inclinaciones innatas, ni tampoco en los hábitos, conocimientos y habilidades que se adquieren, incluidos los profesionales, sino en ese sistema de actividades que cristaliza esos conocimientos y habilidades". (Busse, p.37).

Leontiev divide entre actividad, acción y operación; las actividades son las unidades para el análisis psicológico, las acciones y las operaciones son neutrales para la personalidad.

El análisis de la personalidad debe derivarse de la estructura concreta de la actividad. Los significados apropiados sólo son los medios mediante los cuales el individuo como personalidad realiza su significado personal.

Diferentes acciones pueden realizar iguales actividades e iguales acciones pueden realizar muy diferentes actividades. Pero es importante como se entrelazan entre sí las actividades ya que se forman jerarquías de actividades, éstas son el núcleo de la personalidad.

Leontiev proporciona tres parámetros para la caracterización de la personalidad: 1)El número o volumen de las actividades; 2)el grado de jerarquización de las actividades (o motivos, diferenciando los formadores de sentido y a los estimulantes); 3)La "estruc-

tura general" de la jerarquía de actividades (aquí se refiere a las contradicciones de las actividades y motivos aislados dentro del sistema que puede llevar a conflictos).

La personalidad se debe de entender tomando en cuenta qué - crea las circunstancias objetivas, pero también es lo que el hombre hace de sí para afirmar su vida humana. La personalidad siempre es la expresión de las condiciones de vida concretas mediadas socialmente, pero también es expresión de cómo se relaciona el su jeto con ellas y como se comporta en ellas, conforme se desarrolla la personalidad, dispone cada vez más conscientemente de sí -- mismo y con más autonomía. Esto lleva a una estructura única.

La personalidad surge propiamente cuando se establecen los - vínculos con los motivos, lo que Lontiev llama "nudos" en la estructura de la actividad. Las acciones pueden ser polimotivadas.

El primer nacimiento de la personalidad es cuando empieza a haber coordinación entre las actividades y los motivos; el segundo nacimiento es cuando estas relaciones se vuelven concientes.

El sujeto no solo puede estar dentro de una malla de interre laciones con los objetos, sino que además puede elevarse por enci ma de ellas haciéndose conciente. Esto lleva a una comprensión -- progresiva de la realidad vital del sujeto. "Con cada paso hacia la apropiación de la realidad, se ensancha el horizonte de lo com prensible, lo visible y entendible, se abren otras nuevas perspec tivas de desarrollo" (Busse, p.42).

De este ensanchamiento del conocimiento, la comprensión de -

las relaciones se da en su dimensión social; adquiere un sentido personal propio. Dentro de todo el flujo de relaciones sociales el individuo no sólo es determinado como objeto, sino que también puede convertirse en sujeto. Esto hace que el sujeto tome una posición dentro de la lucha de posiciones en la sociedad. "En cada recodo del camino de la vida tiene que liberarse de algo, afirmar algo de sí mismo, y todo ésto es preciso hacerlo y no sólo someterse a las influencias del medio" (Busse, p.44).

Por lo tanto el sujeto no está sometido a su historia, sino que depende de como el individuo se comporte ante sí mismo y ante su propia historia. Esto puede hacer que cosas que fueron importantes en el pasado, ahora ya no lo sean, o adquieran un sentido totalmente distinto; ésto puede llevar a transformaciones radicales cuando el hombre se deshace de la carga de su biografía. El manejo conciente de su biografía hace que el individuo la pueda manejar y comprenda su estabilidad y mutabilidad de lo que le es propio y extraño.

En este sentido el "yo" no es más que la integración de actividades que se conforma en el curso de la vida del sujeto. El conocimiento de su biografía no sólo es la descripción, sino la comprensión de uno mismo y del sistema de relaciones. El sujeto entonces se apropia de sí mismo, dando la posibilidad de la formación de nuevos sentidos personales. "De modo que la apropiación del significado y el desarrollo del sentido son las dos dimensiones portadoras del desarrollo" (Busse, p.45).

"El metodo para entender el transcurso del desarrollo perso-

nal o individual es concreto: la reconstrucción del devenir histórico individual a partir de las transformaciones de la estructura de la actividad individual" (Busse, p.46). Esto tiene profundas implicaciones psicoterapéuticas y dirigen a una terapia semejante al psicoanálisis en cuanto a técnica.

Esta capacidad de acción consiste en elevar el número de posibilidades de acción a seguir en una determinada situación incluyendo la capacidad de tomar la alternativa más funcional.

La técnica propuesta en el presente trabajo es el entrenamiento sociopsicológico. El objetivo consiste en términos generales, en desarrollar la capacidad de acción tanto del enfermo desahuciado como de sus familiares.

Las técnicas particulares consisten en un entrenamiento en comunicación al grupo familiar o a sus miembros considerados como los más importantes. En este caso se consideran como los importantes a las personas que auxilian de una manera más directa al enfermo. Este entrenamiento en comunicación intenta abrir canales, que permitan fluir la información de los sentimientos, necesidades y deseos personales a los demás miembros de la familia. Este movimiento de información debe realizarse de tal manera que no bloquee la información recíproca y no hiera por lo tanto, la susceptibilidad del otro; éste objetivo no es fácil de realizar en estos términos tan ideales, pero se intenta cubrir.

Otra técnica específica es la autoconfrontación con los propios sentimientos y emociones de tal forma que no provoquen reacciones emocionales graves.; de tal manera que se incremente la ca

pacidad de enfrentamiento a la frustración ante las circunstancias actuales que se presentan. En situaciones como las planteadas se hacen cuestionamientos acerca de la injusticia de la vida o del destino, el comportamiento de las demás personas ante la situación y esto provoca sentimientos de frustración muy fuertes ante la incapacidad de realizar algo que componga en forma ideal las cosas. Estos cuestionamientos y las respuestas cargadas de emotividad provocan respuestas en cadena cuyos resultados no son deseables. La autoconfrontación consiste en un análisis de las respuestas propias ante las circunstancias; este análisis incluye la utilidad, razonabilidad y que tan constructivas son estas reacciones. También se incluye un análisis de las ideas que se tienen acerca del funcionamiento del mundo, de lo que se puede esperar de él -- dadas las circunstancias, así como de los hechos que no se pueden controlar, de los que se tiene algún grado de control y de los que sí se controlan; analizar e identificar cuales son cada uno de estos para tomar decisiones que sean útiles y palien la situación presente. Ante tal análisis se espera que las actitudes aprendidas socialmente pero poco útiles para la situación, cambien junto con sus respectivos comportamientos y reacciones.

Por último tenemos la concientización que incluye el análisis objetivo de la situación y la toma de decisiones.

Esto también incluye el hacer concientes las metas vitales que se tienen y, dadas las circunstancias, cambiarlas por otro tipo de metas. Como ya lo vimos en la revisión teórica, gran parte de la conducta humana se encuentra determinada hacia una meta. Estas metas vitales son explícitas cuando las personas conocen -

bien hacia donde dirigen sus vidas. Sin embargo, ésto no es común, la mayoría de las personas de la población viven sin tener conciencia en tales metas, por lo que se encuentran implícitas. Lo que si ocurre es que siempre existen tales metas, sean explícitas o implícitas. En el caso de los pacientes desahuciados, las metas vitales son truncadas y no son sustituidas por otras nuevas de acuerdo a la situación presente. Por ejemplo, un joven espera estudiar consolidarse como profesionista, casarse, tener hijos, verolos y ayudarles a crecer, etc. Todas estas metas se frustran si se presenta por desgracia una enfermedad terminal, pero ante la frustración es necesario hacer un replanteamiento y generar nuevas metas; dado ésto, entonces, una capacidad a desarrollar, como ya se mencionó, es el saber analizar la situación y tomar una decisión lo más adecuada posible teniendo en cuenta los resultados a corto, mediano y largo plazo. Estos plazos también, supeditados a la enfermedad y a la sobrevivencia y crecimiento del sistema familiar.

## CAPITULO 4.

### PROBLEMATICA DEL PACIENTE DESAHUCIADO.

El paciente desahuciado presenta una problemática particular que aparece en general, en forma abrupta y plantea una situación radicalmente diferente en la vida del sujeto. Esto quiere decir - que, cuando el sujeto se entera de que tiene una enfermedad grave que puede llevarlo a la muerte esta nueva situación le plantea - cambios radicales en la vida, el individuo resuelve las exigencias que ésta le plantea, el trabajo, la cultura, la sociedad, la estructura social; ésto hace que se plantee metas de crecimiento y desarrollo. Estas metas pueden realizarse dependiendo de las oportunidades sociales presentes y de la manera adecuada en que el sujeto haya aprendido a alcanzar dichas metas; de la forma y el grado en que haya conseguido apropiarse de los conocimientos y habilidades de la comunidad. Pero existe la perspectiva de muerte siempre y - ésta puede presentarse en cualquier momento. Si el sujeto muere - súbitamente por accidente o enfermedad; él en particular no tiene problemas, ya que la situación se presentó tan repentinamente, - que no tuvo tiempo para meditarlo ni para enfrentarse a una situación y actividades nuevas. A la familia es a quien le queda la - abrumadora tarea de adaptarse a una situación diferente. El costo depende en gran medida de quien fue el finado y que papel jugaba dentro de la familia. Es decir, que no es lo mismo que muera el - padre que el hijo o que el sobrino; cada quien juega en su momento un papel de poca o mucha importancia en la familia, dependiendo de su edad, de su estilo de interacción, de su sexo y de sus - actividades; entre más importante es el papel que juega, más duro

es para la familia ajustarse a la nueva situación.

Pero, ¿qué ocurre con el enfermo desahuciado?; aquí si el individuo se enfrenta a una problemática difícil, Todos sabemos que vamos a morir pero no sabemos cuando; esto nos tranquiliza, pero, ¿cómo se puede sentir el sujeto que ha sido declarado como incurable?. En ocasiones no se le informa de ello, con el pretexto de - la piedad; pero generalmente termina por darse cuenta al ver que no se mejora sino que empeora. Los planes que el individuo tenía para el futuro se vienen abajo; la conducta dirigida a una meta - deja de tener significado, ya que no va a ser posible realizarse o hay que proponerla indefinidamente. Hay que recordar que la conducta dirigida a una meta se da en el devenir del tiempo en resultados esperados a corto, mediano y largo plazo. Pues bien, esto - se viene abajo en su significado, ya que se truncan las diversas etapas hasta el momento de la enfermedad.

Las relaciones sociales se modifican, ya que no se pueden - realizar las actividades que las permitan. En general, se visita - al enfermo, pero el paso del tiempo va haciendo que las visitas - se acorten y haya más espaciamiento entre ellas.

Pero con la familia cercana ésto no suele ocurrir, y las re- laciones han de modificarse necesariamente; ya no se pueden reali- zar las actividades y las jerarquías de actividades de la misma - manera que antes, ésto crea un serio desajuste, ya que por un la- do, las actividades dirigidas a las metas no se pueden realizar - ni continuar realizándose; y por el otro, es necesario replantear nuevas metas.

Cuando el individuo tiene programada su vida, entonces lucha por ir obteniendo sus metas. Esta lucha puede ser difícil pero si las metas son claras el sujeto no tiene problemas emocionales. Pero ¿qué pasa cuando las metas ya planeadas se vienen abajo? y es necesario replantear nuevas actividades dirigidas a nuevas metas. Para que el sujeto formara su personalidad transcurrió mucho tiempo; se gastó energía y esfuerzos en formar hábitos, actividades; ahora la situación le impone límites y en este caso los nuevos límites no sólo lo involucran a él, sino a toda su familia.

En el nivel interpersonal, las actividades que antes eran funcionales ahora ya no lo son y hasta puede empeorar la situación. Por ejemplo, si el sujeto era una persona con autoridad y estaba en posición de mandar, en su nueva situación las conductas autoritarias y de mando ya no son funcionales.

Otro problema de los pacientes desahuciados es que, con el paso del tiempo, no avanzan ni retroceden en su enfermedad. La familia comienza a desesperarse; los médicos, en su desconocimiento y falta de herramientas útiles para ciertas enfermedades, comienzan a sugerir problemas de tipo "nervioso". Esto hace desconfiar a la familia con respecto a la gravedad de su paciente y comienzan a sugerir que el paciente los manipula. Entonces los lazos de comunicación se van cortando. El paciente puede empezar a sentirse molesto por tales sugerencias, a entablar toda una lucha con la familia. Comienzan círculos viciosos de agresiones encubiertas; el paciente hace peticiones fuera del momento y lugar adecuados y la familia se limita a hacer lo estrictamente indispensable, alejándose lo más posible del paciente. Entonces la comunicación de

deseos y sentimientos se vuelve difícil, quedándose cada quien con ellos y con sus propias conclusiones acerca de la situación.

Esta problemática del paciente desahuciado se presenta dentro de una sociedad de consumo donde se explotan comercialmente todas las situaciones vitales del individuo, desde antes de nacer y aún después de su muerte, pasando por toda su existencia. En el caso específico del paciente desahuciado, la clase social a la que pertenece es muy importante, ya que de ésta depende el grado de comodidades y atenciones que se le puedan proporcionar. Es igualmente importante, debido a que está interrelacionada con el tipo de actividad productiva que desempeñaba el paciente.

Dado esto, la interacción medico-paciente se convierte en un foco de atención; los médicos se enfrentan ante el enfermo incurable, a una impotencia de sus conocimientos y sus técnicas; por otro lado, en los hospitales que pertenecen al sector de salud pública ante la falta de recursos económicos envían a los pacientes a hospitales de menor categoría (subrogados) o de plano los envían a sus domicilios.

Ahora bien, debemos preguntarnos cuál sería el papel del psicólogo en este contexto y con este tipo de pacientes. Primero, debemos entender que el Psicólogo trabaja con las interacciones del sujeto con su ambiente. En este caso el individuo con una enfermedad grave o incurable interactúa a tres niveles:

- 1) Con el aparato de salud (médicos, enfermeras y personal administrativo de los hospitales).
- 2) Con su familia (esposa, hijos, psdres y familiares cercanos

que lo apoyan física y emocionalmente).

3) Consigo mismo (interacción interior, diálogos, prejuicios, puntos de vista, forma de ver el mundo y los problemas).

El Psicólogo debe de intervenir en uno o si es posible en los tres niveles de interacción del individuo con su ambiente. En cada uno de estos niveles de interacción, existen problemas de inter ven ción; ésta va a ser efectiva en la medida en que se logre establecer una adecuada comunicación y reconocimiento objetivo de deseos, necesidades, emociones, etc... Esta comunicación debe poder realizarse sin miedos ni temores ante la crítica o desaprobación. En un reconocimiento real de la situación, tratando de analizar - que situaciones son controlables y cómo se deben controlar de la forma más eficaz; y qué circunstancias no son controlables y no - queda más que esperar. Desafortunadamente, en este tipo de situaciones el segundo modo de circunstancias es más frecuente que el primero.

La comunicación con la familia es un punto en que puede y de be inter ven ir el Psicólogo; incrementar como ya se dijo, la comu nica ción; también la familia en sí misma, debe ser atendida, es decir, que el desgaste físico y emocional es muy grande, las esperas larguísimas ante una situación incierta con respecto a los re sult ados que hacen que se generen estados prolongados de estrés, que luego repercuten en la salud con úlceras gástricas, colitis, etc... Estos estados de angustia no pueden erradicarse, pero si - pueden disminuirse hasta niveles que no dañen a la salud, mediante técnicas psicológicas como relajación, terapia racional emotiva, etc.

Por último, es necesario señalar que los pacientes con enfermedades incurables son también un sector marginado de la población. Pertenecen a una minoría con dificultades y limitaciones para defenderse y reclamar sus derechos; estas minorías como los niños, las mujeres, etc, deben ser tomados en cuenta, ya que en el caso del desahucio cualquiera de nosotros puede pasar, en cualquier momento, a formar parte de sus filas.

## CAPITULO 5

### APROXIMACIONES TECNICAS UTILIZADAS EN LA INTERVENCION.

El marco conductista abarca el fenómeno dentro del presente trabajo de manera lineal, y podría decirse que hasta mecánica, dado que, su explicación converge en tres elementos básicos, los cuales comprenden la triple contingencia que consiste en:

E - R - C

Donde el primer elemento hace referencia al aspecto antecedente, el cual es el que provoca algún tipo de conducta; el siguiente elemento se refiere a las respuestas que el individuo da ante el antecedente y por último la consecuencia (C) se refiere a lo que obtiene expuestas sus respuestas. Por ejemplo en la situación de un enfermo crónico, desde un punto de vista conductista se analiza su problemática de la siguiente manera: En antecedentes se presenta una enfermedad crónica del individuo; como respuesta podrían estar una serie de comportamientos como llorar, desesperarse, angustia, depresión, etc; y tal vez como consecuencia podría haber una serie de comportamientos emitidos por la familia como atención desmedida hacia el paciente enfermo, compasión y en muchas ocasiones desesperación por la situación, etc. Este tipo de análisis trae diversas limitaciones y a su vez una serie de desventajas, por un lado, dentro de las limitaciones está el hecho de que únicamente relacionan una serie de conductas con una serie de respuestas y atribuyen a esto una consecuencia, lo cual impide mirar hacia otras posibles alternativas y por otro lado dentro de las desventajas se encuentran en que las soluciones que se puedan

desprender de este marco teórico suelen ser muy reducidos dado el planteamiento de análisis tan mecánico que se lleva a cabo, y dado que el propósito del trabajo es incluir a la familia como un todo para analizar la situación de un integrante diagnosticado con enfermedad crónica y no sólo tomarlo como unidad independiente, surgió la necesidad de recurrir a una técnica que contemplara dicho aspecto. De aquí que la importancia de la inclusión de la terapia familiar dentro del presente trabajo radica fundamentalmente en el hecho de que es una técnica que concibe al sistema familiar como un todo, compuesta por diversas unidades las cuales serán en este caso cada uno de los integrantes del sistema familiar al cual pertenezcan. Así mismo se postula que la alteración en alguno de estos miembros provocaría un desajuste en el funcionamiento de todo el sistema y dado que dentro del proyecto se contemplan personas con enfermedades crónicas, surgió la necesidad de retomar dicha técnica para establecer nuevamente un equilibrio dentro del sistema en el cual se encuentran.

Por lo cual es importante conocer los planteamientos de esta técnica. Para tal fin se esbozarán en un inicio los antecedentes así como los precursores de la misma, tanto de índole teórica como práctica de la técnica; incluyendo los autores que figuran como precursores. Dado que dentro de sus hallazgos y planteamientos se logra apreciar la forma en que esta técnica es retomada y aplicada a los integrantes de cada sistema, y donde además las diferentes apreciaciones llevadas a cabo por los diversos autores, lo gran derivar una serie de alternativas para lograr la homeostasis dentro de un sistema familiar. Por último para terminar se esboza

r  de forma general, como se lleva a cabo una terapia siguiendo -  
Ésta actualmente hace referencia en mucha de la bibliografía que  
trata del tema.

#### TERAPIA FAMILIAR

La terapia familiar es uno de los pocos campos de la investi-  
gación y práctica del comportamiento que han sido influidos por -  
el cambio epistemológico, el cual se basa en nuevas suposiciones  
acerca del comportamiento humano y de la interacción humana --  
(Hoffman, 1987).

El movimiento familiar empezó cuando fueron observadas perso-  
nas con comportamiento sintomáticos en su habitat familiar, en la  
familia y no en el consultorio y entonces empezaron a hacerse ob-  
servaciones en vivo con familias (1950), esta idea fue rechazada,  
dado que no se podía concebir a los pacientes fuera de la clínica,  
por lo que los clínicos se pusieron a la cabeza; sin embargo, los  
iniciadores se dieron cuenta de que la familia con el poco tiempo  
que estuvo con el paciente, mantenía ciertas propiedades capaces  
de lograr cambios en el propio paciente. Ellos definieron a la fa-  
milia como "entidad cuyas partes convariaban entre sí y que mante-  
n an equilibrio en una forma activada por errores"; a partir de -  
este momento fue una forma diferente de considerar el comportamien-  
to, dado que anteriormente se había establecido una relación un -  
voca, dado que se relacionaba comportamiento-Individuo, ahora esa  
relación había cambiado, ahora era comportamiento-Familia, de aquí  
que Linn Hoffman (1987) describa a la familia como un sistema que  
trasciende los límites de la persona aislada, que tiene además la  
característica de poder ser convertida en unidad de investigación;  
considerandola así como uno de los sistemas más pequeños, esta de

finición al parecer se encuentra apoyada con investigaciones que se llevaron a cabo dentro de psiquiátricos con enfermos esquizofrénicos, donde se descubrió la importancia de la familia cuando la familia visitaba a los pacientes y estos se agravaban, entonces se empezó a trabajar con los familiares dado que éstos formaban parte del sistema, lo cual concluyeron que al ser parte de él, cualquier movimiento hecho en algún extremo repercutiría en todos, aunque esto descartaba la idea de que afectara de igual manera a todos. Esto es ilustrado como una experiencia observada por -- Bateson (1987), él observó que cuando los enfermos mejoraban dentro del marco familiar, entonces otro miembro de la misma familia empeoraba; Bateson (1987) concluye diciendo que de alguna forma la familia fomentaba y exigía que el paciente mostrara un comportamiento irracional y se negaban al cambio ya que ese era su equilibrio. Algunos autores posteriores a éstos trabajaron la misma línea acerca de la definición de terapia familiar o bien se encargaron de mostrar el papel que la familia jugaba en cierto momento; tal es el caso de Bowen (1987), por ejemplo, el cual propone la individuación y autonomía de cada componente familiar, pues sólo así el problema se solucionará, él parte de la idea de que la familia es una red interconectada y por tanto que las repercusiones en un extremo podrán sentirse a través de toda la red que los une, misma idea que comparte con Nagy (1987), pues éste define a la familia como un grupo de personas atrapadas en una red de obligaciones, red que se vuelve más densa cada vez. Por lo que ambos autores convergen en la idea de desenredar al individuo. A partir de esto, la preocupación ya no fue encaminada a ver si la familia influía o no en cada uno de los integrantes, ni tampoco a investi

gar si la alteración en un integrante movería todo el sistema o - cambiaría su equilibrio, dado que eso ya tenía respuesta; ahora - la preocupación fue encaminada a observar de que manera podría lo grarse el cambio cuando se presentara algún problema dentro de la familia y que además estuviera alterando su funcionamiento normal.

Dados los planteamientos anteriores, surgen algunos autores que dan respuesta a las inquietudes antes citadas; de los cuales los más representativos son: Virginia Satir, Erickson, Ackerman, Whitaker y Jackson; dado que su trabajo consistió en proponer algunos principios fundamentales o estrategias encaminadas a solucionar los problemas que pudiesen suscitarse dentro de la familia:

Virginia Satir (1987), es considerada como una de las pioneras en terapia promoviendo la comunicación como indicio y principio fundamental de liberar un problema, ella mencionaba que era - la forma principal de abrir los lazos afectivo-emocionales de los integrantes de la familia.

Milton Erickson (1987), su técnica consistía en fomentar un síntoma, mientras sutilmente introduce cambios que cuando la familia o paciente se da cuenta ya fueron efectuados. Erickson a diferencia de la mayoría de los autores no trabajó con el término pro blema, el mencionaba que no existía un problema como tal sino sólo un desequilibrio familiar.

Ackerman (1987), es una figura familiar que ha surgido del - nordeste de los Estados Unidos siguiendo una línea que sería conocida como enfoque estructural, a la terapia familiar,. La tácti ca principal consiste en bloquear los comportamientos y secuencias

mediante una broma, un movimiento rápido de la mano o cambio de postura, o una interpretación de claves no verbales, lo cual se traduce en una forma hábil de reestructurar la familia para inducir el cambio. Durante todo el tiempo Ackerman se vale de un espíritu de clara y juguetona vulgaridad, que desintoxica los problemas, llevándolos al extremo del absurdo.

Carl Whitaker (1987), otro terapeuta no menos provocativo, cuya obra parece estar dirigida a escandalizar, asombrar, confundir, etc; Whitaker se llama a sí mismo terapeuta de lo absurdo, el cual se especializó en llevar lo impensable hasta los bordes de lo inimaginable, la táctica de Whitaker consistía principalmente en una especie de broma, de farsa, un caso inducido, llamado hoy una retroalimentación positiva para aumentar la patología -- hasta que los síntomas se destruyen por sí solos.

Jackson (1987), este autor no desligó de la aproximación de los autores anteriores en su totalidad, sin embargo este autor retoma lo que en un principio había considerado a la unidad familiar, dado que su táctica de intervención consistió en alterar un elemento de la pauta que se estuviese dando dentro de la familia y el aseguraba que por ende alteraría otros elementos y según él, también el síntoma,

Por último Linn Hoffman (1987), menciona que la terapia familiar es uno de los pocos campos de la investigación práctica del comportamiento que ha sido influida por un cambio epistemológico, dado que se basa en nuevas suposiciones acerca del comportamiento humano y su interacción; así este planteamiento da pie a la exis-

tencia de un nuevo paradigma y es la idea de circularidad; éste al ver un enfermo en su familia, se veía algo totalmente distinto, - empezaban a verse entonces las comunicaciones y comportamientos - de todos los presentes y se podían ver cosas casuales circulares que abanzaban y retrocedían, siendo el comportamiento de la persona enferma tan sólo como una parte de una danza general recurrente; así cuando esta visitaba a los pacientes y estos se agravaban así fue como el trabajo terapéutico se encaminó cada vez más hacia los familiares.

En relación a lo anterior actualmente existe mayor referencia de un grupo que sigue la línea sistémica, como en un principio se planteó.

Este grupo considera a la familia y al terapeuta como integrados en un contexto más general y toman todo el campo como unidad de tratamiento, para dirigir la sesión los asociados de Milán han creado un formato llamado cuestionamiento circular, el cual se basa en la información de Bateson, donde se plantea que la información es diferente, este método parece aumentar considerablemente la cantidad y calidad de la información que se obtiene en una entrevista.

El lema básico es siempre plantear preguntas que enfoquen una diferencia o definan una relación, también se plantean preguntas que tratan de antes y después, así como por ejemplo preguntar a un niño que porcentaje de las peleas entre los padres ha disminuido desde que su hermano mayor fue hospitalizado, o bien, ¿sino hubieras nacido, cómo crees que sería ahora el matrimonio de tus pa

dres?. Ante todo este tipo de preguntas intervienen en las intensificaciones y disputas, y por último parecen desencadenar más del mismo tipo de pensamiento diferente, otra utilidad de estas preguntas es que pueden emplearse para bloquear comportamientos con sólo señalarlos.

Se dice que los terapeutas sistémicos deben ser neutrales, esto es, no demostrar ninguna preferencia por alguno de los integrantes de la familia y además deben permanecer en estado emocional firme, el mayor tiempo posible.

La mayor parte de las intervenciones de los Asociados de Milán, como muchas otras intervenciones terapéuticas, han sido destinadas a bloquear, perturbar o descarrillar secuencias habituales. Un rito que une a dos personas un día a la semana perturba muchas redundancias y este es un tipo de constancia a leer un mensaje cada noche es otro tipo de constancia. Así observa Selvini, la propia intervención terapéutica desconecta a los miembros de la familia de sus posiciones habituales en el sistema familiar; sin embargo, para que cumplan su función las tareas y los ritos, la familia deberá respetarlos algunas familias obedecerán y otras no. Las familias que no puedan o que no quieran obedecer, la mejor manera de introducir una constancia en buscar la secuencia o comportamientos más rígidos e inamovible que la familia presenta en la terapia y sencillamente prescribir eso, tal vez pueda ser la negativa de toda la familia a asistir a la terapia como centro de una rueda que está unido con la llanta por medio de los rayos. Cualquiera que pueda ser esa parte, más inamovible a ésta le co--

responde prescribir la configuración. Además un aspecto adicional trabajado dentro del grupo, es el intervalo que se deja entre sesiones y ésto no sólo por que un sistema ricamente entrelazado necesita más tiempo que los sistemas menos conectados para procesar un insumo o una intervención sino por que ofrece un modo más de colocar lo que la intervención ha proporcionado y evitar así - que rebote contra el equipo. Por lo que el objetivo es, que el -- bloque a la reactividad es colocado dentro de la familia, y entonces el sistema terapéutico se retira y se coloca un bloqueo a la reactividad entre la familia y el equipo, permitiendo así que un bloque tenga mayor efecto y el cambio tenga lugar.

Por lo anterior se puede resumir el trabajo de los Asociados de Milán en 5 pasos:

- 1) Por su concepto de neutralidad.
- 2) Por su táctica de introducir bloques de tiempo entre las sesiones.
- 3) Por el empleo de tareas o rituales que introducen elementos - que permanecen invariables.
- 4) Por su cuestionamiento circular, lo cual no sólo introduce - nueva información sino que los hacen menos vulnerables.
- 5) Por su prescripción sistémica que mantiene inmóvil una parte.

Pero no sólo la terapia familiar se halla aplicada dentro de este grupo; también existen diversas concepciones ya dentro de lo que es esta técnica, pues se observa que dentro de la terapia familiar surgen diversos enfoques de entre los cuales está el ecológico y estratégico. Hoffman (1987) cita a Averwald como el primero en proponer el enfoque de sistema ecológico el cual dentro de

su planteamiento menciona que este enfoque está dirigido al campo total de un problema, incluyendo otros profesionales. El objetivo del equipo era hacer que el paciente volviera a su anterior nivel de funcionamiento y la familia pasará la crisis inmediata que la había llevado ahí. El terapeuta ecológico debe estar dispuesto a enfrentarse a la escena profesional: médicos que dan medicinas, - el empleo de la hospitalización por las familias y el papel desempeñado por otros sistemas como las escuelas; Minuchin, dice que - una familia apropiadamente organizada tendrá límites claramente - marcados. El subsistema marital tendrá límites cerrados para proteger la intimidad de los esposos, el subsistema de hermanos - tendrá sus propias limitaciones y estará organizado jerárquicamente de modo que se den a los niños tareas y privilegios de acuerdo con su sexo y edad, determinados por la cultura familiar. El tipo de enfoques existentes no tienen explicación específica, este tipo de enfoques es utilizado dependiendo del terapeuta o grupo que trabaje.

El movimiento de la terapia familiar se ha desempeñado en el terreno de "como cambiar" más que en el "qué cambiar" . El grupo de Palo Alto California al adoptar la analogía cibernética, pareció estar avanzando en la dirección correcta.

El contexto es en realidad un campo ecológico formado por más de un nivel de sistemas, y el problema actúa como presencia contraria, que impone los cambios mismos que aparentemente previene y - considera ambiguamente el nivel en que puede ocurrir el cambio, - en caso de que ocurriese.

El tema de cambio ha sido trabajado por varios autores, dado que han generado controversias dentro de los tratamientos en lo que se refiere a su eficacia, del como observar si influye o no, si cambia o no, por lo cual es necesario abrir un pequeño paren-tesis antes de finalizar, el comentar algunos aspectos en lo que se refiere al tema "CAMBIO", donde uno de los principales autores representantes de este tema es Wastzlawick (1989), quien además - de tratar este mismo punto, en un inicio define como opera un cam-bio y que teorías son útilies para esclarecer aspectos acerca del cambio. En un inicio, la tendencia general ha sido la de conside-rar a la persistencia y la invariabilidad como un estado natural y el cambio era considerado como el problema que había que expli-car, lo cual indica que ambas posiciones son complementarias, lo que, es problemático no es absoluto. Dentro de cualquier sistema (grupo social) se encuentran ambos elementos los cuales cuando - existe algún problema se hacen dos preguntas ¿cómo es que persiste esta indeseable situación?, y ¿qué es preciso para cam-biarla?, pa ra poder contestarlas Watzlawick (1987) a recurrido a dos teorías matemáticas:

- 1) Teoría de grupos.
- 2) Teoría de los tipos lógicos.

La teoría de grupos surgió durante la primera parte del siglo XIX, de acuerdo con esta teoría, un grupo posee las siguientes pro-piedades:

a) Está compuesto por miembros, donde todos son iguales en cu-anto a una característica común, ésta puede tratarse de números, ob-jetos, conceptos o cualquier otro género de cosas, que se quieran

incluir juntas en un grupo de la misma índole, por lo que la primera propiedad del grupo puede permitir muchos cambios dentro del grupo también es imposible cualquier combinación de miembros fuera del sistema.

b) Otra propiedad de un grupo es la que se puede combinar a -- sus miembros en distinto orden, y sin embargo el resultado de la combinación permanece siendo el mismo.

c) Un grupo contiene un miembro de identidad, donde la combinación con cualquier otro miembro da éste, otro miembro, lo esencial de esta propiedad es que un miembro puede actuar sin provocar cambio alguno.

d) Cada miembro tiene su recíproco u opuesto de modo tal que - la combinación de cualquier miembro con su opuesto da lugar al - miembro de identidad. Un problema que se considera serio dentro - de este campo, es la negación de un problema como posible solución, parece ser que la primera y principal razón de negar determinados problemas se debe a la necesidad de mantener una aceptación social, lo cual en ocasiones hace que se encuentren los resultados inmediatos lo que se llama secreto a voces, dando esta connotación por que todo mundo los conoce, pues supone que nadie sabe que toda la familia lo sabe. Por lo que el negar la existencia de problemas resulta terrible, y si bien por un lado satisface la propiedad de - identidad de la teoría de grupos (ningún cambio), por otro lado - existe la realidad de que los integrantes de un grupo en este caso son humanos, y por lo tanto los problemas que se manifiestan - son humanos los cuales tienden a intensificarse cuanto más tiempo permanecen sin resolverse.

Para lograr la solución de problemas, dentro de esta alternativa existe un proceso que se sintetiza en cuatro etapas:

- 1) Una clara definición del problema en terminos concretos.
- 2) Una investigación de las soluciones hasta ahora intentadas.
- 3) Una clara definición del cambio concreto a realizar.
- 4) La formulación y puesta en marcha de un plan para producir dicho cambio, el objeto de cambio es la solución intentada pero - equivocada y la táctica elegida ha de ser traducida al propio lenguaje de la persona, presentada en forma que utilice su propio modo de ver la realidad.

Ahora bien, con lo que respecta a la teoría de los tipos lógicos, Watzlawick (1989), menciona que esta teoría comienza también con el concepto de colecciones de cosas unidas por una misma característica específica común a todas ellas. Al igual que en la teoría de grupos, los componentes de la totalidad son designados como miembros, mientras que la totalidad misma es denominada clase en lugar de grupo, un axioma esencial de la teoría de los tipos lógicos es la de que "cualquier cosa que comprenda o abarque a todos los miembros de una colección, no se tiene que ser miembro de la misma"(\*).

Dentro de la teoría de los tipos lógicos, se sugieren dos pasos importantes a seguir para que ésta tenga cabida:

- 1) Los niveles lógicos deben ser separados a fin de evitar confusiones.
- 2) Pasar de un nivel al inmediatamente superior, implica una variación, una discontinuidad o transformación, lo cual ha de tomarse en cuenta dado que producirá un cambio tanto de índole prác-

tica como teórica, pues esto da pauta a un camino que conduce fuera del sistema.

Para aclarar un poco más lo dicho anteriormente de ambas teorías, tanto de grupos como de los tipos lógicos, se dará la diferenciación entre ambas. Por un lado la teoría de grupos nos proporciona una base para pensar acerca de la clase de cambios que pueden tener lugar dentro de un sistema que, en sí, permanece invariable; la teoría de los tipos lógicos no se ocupa de lo que sucede en el interior de una clase, es decir, entre sus miembros, pero nos proporciona una base para considerar la relación entre miembro y clase y la peculiar metamorfosis que representan los cambios de un nivel lógico al inmediatamente superior. Por lo tanto se puede decir que existen dos tipos de cambios (Watzlawick, 1989); uno que tiene lugar dentro de un determinado sistema que en sí permanece sin modificar y el otro tipo de cambio, es cuya aparición cambia el sistema mismo.

Por ejemplo, dentro de un sueño cuando se tiene una pesadilla se pueden hacer muchas cosas dentro de él, correr, llorar, etc, pero ningún cambio realizado de este tipo podrá terminar con la pesadilla (a este tipo de cambio se le denomina cambio tipo 1). La única forma de contrarrestar la pesadilla es cambiando de estado del dormir al despertar, en este caso el despertar ya no es parte de la pesadilla o del mismo sueño, sino que es un estado completamente distinto (a este tipo de cambio se le denomina cambio tipo 2).

Con el ejemplo anterior se exponen ambas teorías y además se

logra apreciar de que forma se manifiestan ambos tipos de cambios.

Se ha observado que el enfoque sistémico está profundamente interesado en la evolución de un problema, lo que con frecuencia significa remontarse una cuantas generaciones atrás, y en grupos colaterales en la presente generación. No hay ninguna idea de que elaborar un acontecimiento o relación a pauta en el pasado venga a aliviar un problema o un síntoma, como no creen los terapeutas familiares de orientación histórica, las fuerzas desencadenadas del pasado pueden emplearse como fuente de impulso para el cambio en el presente.

A manera de conclusión, se observa que a pesar de la diversidad de opiniones de varios autores, han logrado al final una convergencia en cuanto a la idea que de la técnica se refiere, de -- alguna manera todos coinciden en el hecho de que se considera a -- la familia como un todo, y como tal, cualquier afección de tipo -- comportamental mostrada en alguno de los integrantes de la familia comenzará a verse en todos, lo cual exige respuesta de solución, a esta inquietud diversos autores responden encaminados todos a -- proporcionar tácticas para dar pauta de cambio y lograr un equilibrio nuevamente dentro de la familia. Lo cual se expone como -- una alternativa viable dentro de un sistema familiar con personas que sufren día con día problemas de tipo emocional, afectivo, en una palabra con personas que denotan comportamiento, y por supuesto si esa técnica es aplicable con ese tipo de personas, resulta más favorecida con personas que padecen un problema constante, aunado a toda su carga emocional, este tipo de personas son aquellas que padecen una enfermedad que desde el punto de vista médico son

irremediables.

#### TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.

Ellis, desarrolló la T.R.E. (Terapia Racional Emotiva), en 1955 en la Ciudad de Nueva York, esta alternativa surge a raíz de la inconformidad que el Psicoanálisis presentó a Ellis al utilizar la asociación libre como técnica; pues encontraba dificultad para llevarla a cabo. En lo tocante al trabajo con sueños también traía consecuencias ya que para algunos pacientes, el contarlos, no les presentaba ninguna dificultad mientras que para otros les era tan difícil que en ocasiones reportaban que no soñaban; por lo que el trabajo se tornaba aún más complicado.

Lo cual provocó que Ellis (1980) cambiara los análisis profundos de 3 a 5 sesiones a una entrevista cara a cara y sólo una o 2 veces semanales y como consecuencia de esto último se obtuvieron resultados terapéuticos más rápidos, profundos y duraderos; además prescindieron ya de los interminables métodos de libre asociación y los análisis de las implicaciones de los sueños y en su lugar se usó un método más rápido y activo; observando además economía de sesiones. Pues con la orientación psicoanalítica más activa requería como mínimo 35 sesiones y con la técnica clásica requería 100 sesiones, además la nueva técnica (T.R.E.) propone que millones de personas, gracias a la facilidad de lenguaje con el que cuentan, les permite además de distinguirse como humanos, también el abusar de la posibilidad de autodestruirse al decirse que lo que le sucede es terrible y catastrófico, cuando en realidad sólo es molesto.

La idea de la T.R.E., es que el hombre es el único animal -

que es a la vez racional e irracional, que sus perturbaciones emocionales o psicológicas en gran parte son el resultado de su pensamiento ilógico e irracional y que puede liberarse de la mayor parte de su infelicidad emocional y mental, y de su perturbación si aprende a maximizar su pensamiento racional y a minimizar el irracional. Entonces los terapeutas deben enseñar a inducir a los pacientes a volver a pensar y percibir los sucesos de sus vidas para cambiar sus pensamientos, emociones y conductas ilógicas e irracionales.

Por lo regular el tipo de ideas irracionales surgen de la familia y otras instituciones, son enseñadas de tal forma que se llega a creer en gran cantidad de ideas supersticiosas o bien sin sentido; a las cuales casi nunca se cuestiona y en ocasiones han traído como consecuencia perturbaciones muy marcadas en las personas. Ellis (1962) propone que son dos las ideas irracionales más comunes en los seres humanos, de las que se derivan otras.

Tener alguna de estas ideas ocasiona que las personas se sientan inhibidas, hostiles, defensivas, culpables, ansiosos, etc; por lo que es necesario estar conciente de que no son los hechos los que ocasionan los trastornos, sino las actitudes que se toman ante dichas situaciones. Esta tesis es la que enuncia la teoría A B C, la cual menciona que las personas no reaccionan en forma emocional directamente sino que las personas causan sus propias reacciones según la forma en que interpretan o valoran los acontecimientos. Por lo que la T.R.E., afirma que las cosas que ocurren no son las que perturban sino la opinión que se tiene de ellas, y en términos de la T.R.E., en A (el acontecimiento activa

dor), no causa directamente C (la consecuencia emocional y conductual) sino B (las creencias acerca de A).

Ellis (1989) propone un método sencillo para identificar la existencia de ideas irracionales en una persona y es sólo mediante la identificación de dos palabras claves: "debería que" y "tengo que", aunque es necesario aclarar que algunas ideas irracionales no contienen esas palabras, pues son simplemente afirmaciones --- irreales o de datos limitados. La irracionalidad desde el punto de vista de Ellis (1989), es definido como cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que conduce a consecuencias contraproducentes y autodestructivas que interfiere de forma importante en la felicidad del organismo.

La T.R.E. enseña al paciente que la responsabilidad es con ellos mismos más que con los terapeutas, explicando que deben practicar, pues no existe signo mágico que logre resolver el problema; ya que si una persona cambia depende de sus propias actitudes y esfuerzos y no de la manera en que lo traten los demás. Los pacientes no son los únicos responsables de su cambio y el terapeuta no es nadie para cambiarlos éstos al parecer tienen el control de su destino emocional y pueden alterar sus pensamientos.

Dentro de la diversidad de métodos que se emplean en la T.R.E., se encuentran las cognitivas, conductuales y emotivos (Ellis, 1989).

Cognitivas: Enseña a los pacientes que es lo que hacen para crear sus propias perturbaciones; como el tener creencias irracionales y como se exigen hacer las cosas bien y ser aceptados.

Emotivas: La T.R.E., usa técnicas emotivas que han sido diseñadas para que la gente exprese lo que está pasando o siente, y - para animarles a que hagan cambios profundos. Los terapeutas de la T.R.E., usan la imaginación para que los pacientes tengan contacto con sus peores sentimientos y así cambiarlos por sentimientos apropiados.

Técnicas conductuales: La T.R.E., ha sido siempre excepcionalmente conductual, dentro de las técnicas que más se utilizan son: la de realizar tareas para casa. La T.R.E. enseña a los padres a como usar las técnicas operantes para ayudar a que sus hijos cambien las conductas destructivas y antisociales; también se emplean otros métodos de descondicionamiento y recondicionamiento incluyendo la desensibilización encubierta, entrenamiento emocional, etc.

La T.R.E. no sólo trabaja en terapia individual, sino que también interviene en terapia de dos o más personas, tal es el caso de terapia de pareja, terapia sexual, terapia de grupo, terapia familiar, así como la participación en maratones terapéuticos.

Para lograr un cambio ésta hace uso de una psicoterapia activa-directiva donde, primero se debe aceptar incondicionalmente a sus clientes como seres humanos capaces de autodestruirse pero no esencialment malos. Tener sentido del humor para no tomar en serio los problemas, mostrar empatía sin ser excesivamente cordial.

El objetivo de la T.R.E. es ayudar a todos los pacientes a - que vean que han estado perturbados durante mucho tiempo y que - tienen la oportunidad de no transtornarse tanto por ello.

El objetivo de llevar a cabo la T.R.E., dentro del presente proyecto es tratar de lograr una disminución de ideas obsesivas - (irracionales) al enfermo acerca de su comportamiento propio, así como el de las personas que le rodean.

En el caso de enfermedad orgánica se ha detectado en la mayoría de los casos muchas actitudes e ideas que en vez de ayudar al proceso de la curación, obstaculizan las circunstancias además de problematizar las relaciones entre el paciente, el aparato de salud, su familia y consigo mismo. Dichas ideas y actitudes en su mayoría son instaladas de manera errónea por la cultura y la historia del mismo paciente; éstas son consideradas como ideas irracionales.

La Terapia Racional Emotiva se ha aplicado en problemas de salud, pues se calcula que más del 50% de los pacientes examinados por los médicos tienen algún trastorno emocional que no procede directamente del mal orgánico, sino de reacciones emocionales que se producen en el curso de la vida cotidiana. Por otro lado cuando las personas están enfermas o lastimadas tienden a experimentar simultáneamente cambios psicológicos de diferentes grados de intensidad; tales cambios son a veces más importantes que la propia enfermedad, de aquí radica la importancia de que médicos, enfermeras u otros profesionales de la salud se preocupen y se preparen para ayudar a disminuir las necesidades de sus pacientes aunque - en la práctica se dan cuenta que ésto es difícil de llevar a cabo por lo que sólo se ocupan de darles a los pacientes medicina y poca atención personal, tal vez por la poca información acerca de -

como ayudar en el aspecto emocional.

En este caso la T.R.E. es una modalidad clara y relativamente breve de tratamiento psicológico, que puede dominar un médico, una enfermera o cualquier otro profesional de la salud, con un moderado adiestramiento adicional ésto es utilizado con eficacia en la mayoría de los trastornos emocionales y muy adecuado para sentimientos intensos y profundamente arraigados como el de la hostilidad, ansiedad, inadaptación y baja tolerancia a la frustración. La T.R.E. puede sacar a las personas de sus sentimientos de manera razonablemente breve, por que constituye un enfoque que por una parte es amplio y múltiple es decir, emplea varios métodos cognocitivos, emotivos y conductuales en forma integrada y por otra parte es así mismo una terapia filosófica y teórica que pone de manifiesto las ideas esenciales creadoras de trastornos, que parecen ser la base de sus actos contraproducentes y ésto muestra claramente a esas personas como fijar la atención en sus filosofías negativas y cómo proceder a desarraigarlas (Ellis y Abrahams, 1986).

Para iniciar con la Terapia Racional Emotiva, el primer paso es la aceptación de uno mismo y de la enfermedad, como un rasgo su mamente valioso. La aceptación incondicional o lo que Rogers (E&A, 1986) llama estimación positiva incondicional, se presenta cuando uno se acepta a sí mismo plenamente, con su existencia y condición de ser animado sin requerimientos o limitaciones de ninguna especie, y el individuo logra autoconfianza, no mediante sus éxitos, sino por pura elección, se debe uno aceptar a sí mismo por elegir hacerlo y no por tener una razón como ser bueno y excelente en al

go para quererse a sí mismo, para llegar a una conclusión parecida a ésta " Soy bueno no por que hago las cosas bien o por que soy amado por otros, sino simplemente por que estoy vivo. Mi bondad es mi condición de ser viviente nada más", así uno no pone condiciones ni internas ni externas para autoestimarse; si los pacientes dudan de su valor o valía esencial como humanos se les podría enseñar de modo justificable a decirse a sí mismo, en primer lugar, estoy vivo, esto es perfectamente evidente y observable en segundo, elijo permanecer vivo ¿por qué?, simplemente por que elijo hacerlo; en tercero, deseo mientras esté vivo vivir razonablemente feliz, con relativamente poco dolor y mucho placer, por que eso parece conducir a que yo permanezca vivo, y por que sencillamente, me gusta ser dichoso, más bien que desdichado; en cuarto, dejenme ver como me las arreglo para reducir mi dolor y aumentar mi placer a corto y largo plazo, y cuando una persona se compromete en esta clase de autoaceptación admitirá con mayor facilidad la indeseabilidad de muchos de sus rasgos e intentará cambiarlos por otros "mejores" y puede además aceptar su existencia o condición de vivo a pesar de su deplorable conducta o situación, las personas físicamente impedidas o enfermas, mejor harían en aceptarse ellas mismas en este sentido, ya que, por lo común, tienen características y comportamientos que no quieren aceptar como son, miembros mutilados o deformes, órganos digestivos con mal funcionamiento, alta presión sanguínea, etc. Por eso lo mejor sería que trabajaran intensamente para reducir o eliminar algunos de estos males, aunque es improbable que lo hagan si gastan su tiempo y su energía hiriéndose a sí mismos por tenerlos.

La Terapia Racional además de ser psicoterapia científica por que constantemente hace experimentos controlados para verificar - sus hipótesis, también enseña a los pacientes a pensar y activar de una manera científica para poner a comprobación sus teorías - acerca de sí mismos y de los demás y discutir sus propias ideas, a descubrir lo que lleva a resultados buenos o positivos y a descartar aquellos que conducen a consecuencias malas o negativas, - un principio de la T.R.E. es establecer cuales son las creencias o hipótesis irracionales de la persona sobre sí misma y sobre los demás y luego discutir tales hipótesis.

La T.R.E. puede ser utilizada en todo tipo de personas, en el caso de los profesionales de salud, éstos la pueden emplear incluso con aquellas personas que se encuentran ligeramente trastornadas, así como con las que sufren alteraciones serias, con el propósito de reconocer rápidamente las creencias irracionales centrales del pensamiento de los pacientes enseñándoles como discutir las y reemplazarlas, por ejemplo: una mujer acude al consultorio para un examen físico anual y el doctor después de los estudios pertinentes le dice que es posible que tenga un cancer cervical temprano, lo anterior es considerado como "A", en el esquema A B C; en "B" (las creencias), la mujer se dice "sería una - desgracia que tuviera cáncer cervical" "no debo" tener un mal tan grande como el cancer cervical, que terrible sería, no podría soportar semejante eventualidad. Dichas ideas serían irracionales - por que: 1) No hay razón por la que ella no deba o no pueda tener cancer, y aunque hay varias razones para creer que sería desagradable e iría en contra de sus metas y valores. 2) No sería terri-

ble ya que terrible es totalmente inconveniente o más que desdichado; y aún si ella tuviese esta clase de mal tan grave, todavía podría contender con el y lograr cierta cantidad distinta de felicidad al permanecer viva. 3) Si es posible soportar, aunque no le gustara una condición indeseable, como el cáncer cervical; sin embargo podría contender con ella y probablemente la superaría; y aún si en el peor de los casos muriera de este tipo de condición ella podría soportar el hecho de morir. Por consiguiente al tener tales creencias irracionales esta paciente se halla pidiendo o --exigiendo, más que intensamente deseando o prefiriendo tener buena salud y sus demandas y exigencias, más que ayudarla a contender con la posibilidad de mala salud, ayudarán a que se sienta severamente trastornado o más enfermo de lo necesario.

En este caso en particular D y E serían: en el punto D se empieza por discutir, debatir y discriminar entre sus creencias irracionales, llevándola a discutir ideas como ésta: ¿dónde está la evidencia de que usted no debe tener un mal tan severo como el cáncer cervical? y si lo tiene ¿es terrible? ¿dónde está escrito que usted no podría soportar dicha eventualidad?. Si la tuviera sería para mí una gran desgracia y muy inconveniente, sin embargo si la tengo entonces es por que debo tenerla y no hay ley universal alguna que diga que yo no debo sufrir intensamente sólo por que no lo deseo.

Es desventajoso el tener cáncer, pero aún teniéndolo todavía podría llevar una vida razonablemente feliz y quizá vencerlo mediante un cuidado ginecológico adecuado. Sin duda puedo sufrir - virtualmente cualquier cosa que me ocurra aún cuando no me guste,

y si decido soportarla, entonces es posible llevar de nuevo una vida razonablemente feliz, aunque no tanto como la que llevaría si gozara de buena salud. Así de esta manera en "D" se discuten las ideas irracionales hasta que se remplacen con un nuevo efecto cognocitivo que la haga regresar a sus creencias racionales originales, e incluso llegar más allá de éstas, con un pensamiento con buenos lineamientos; como que uno no necesita una garantía de buena salud para llevar una vida feliz; el nuevo pensamiento en T.R.E. ayudará además a que las personas tengan de manera general una -- menor tendencia a recrearse en ideas irracionales en el futuro -- cuando nuevamnete se encuentre amenazada por algún mal físico potencial o real; y esta nueva modalidad de pensamiento hará que las personas actúen de una mejor manera, en el caso descrito, la mujer se someterá a las pruebas diagnósticas con menos vacilación y hará todo lo que pueda para ayudarse a sí misma, sin importar lo molesta que se sienta durante el proceso y de manera sucesiva hará lo que le parezca mejor para prevenir cualquier recurrencia de su trastorno ginecológico o cualquier provocación de una nueva clase de dolencia física, pues la T.R.E.; ya mostró a la paciente que es uno mismo el que se trastorna y no que es trastornado por otros.

Cuando una persona está enferma, o ante una remota perspectiva de cirugía, ésto le produce una extrema angustia y algunos pacientes consideran tal situación como una amenaza en su vida; además de una preocupación por los gastos del tratamiento; las relaciones psicológicas de las personas varían desde el interés racional hasta el trastorno emocional profundo y la labor del profesio

nal de salud desde la postura de la T.R.E., es ayudar a eliminar sentimientos inapropiados y tener sentimientos apropiados como -- preocupación, tristeza y disgusto, en vez de pánico y la desesperación. Muchos pacientes podrían eliminar ciertos o muchos trastornos, si el médico cuando tiene ante sí un diagnóstico delicado o una cirugía se ocupara por lo menos diez minutos para explicarles lo que uno desea que conozcan y asegurarse de que ellos comprenden lo que se les ha explicado. Si el médico da las adecuadas explicaciones, el sujeto puede decirse para sí mismo algo como esto "ahora que tengo una idea general de lo que va a ocurrir, puedo - comprender que no es realmente tan terrible como pensaba" y si se detectan las ideas irracionales y se discuten en el punto "D" el paciente podrá cambiar sus consecuencias en "C" y pasar a un nuevo modo de consecuencias más racionales en "E" aunque si bien casi todo el mundo tiene tendencia a sentir ansiedad y depresión sobre muchas cosas que ocurren en sus vidas debido a nuestra condición humana, eso nos obliga a insistir o a recrearse en sus tendencias si estas no nos llevan a nada nuevo, en el caso de la enfermedad que es la que nos ocupa, las gentes piensan que casi -- cualquier dolencia o procedimiento médico es horrible, que no debería de existir; además de algunas suposiciones falsas sobre si la dolencia o procedimiento médico es inconveniente o molesta ya que a menudo impide que las personas que la sufren realicen algunos de sus deseos y que eso puede ser peligroso y conducir a una larga enfermedad o aún a la muerte. Entre las antes mencionadas - suposiciones falsas se encuentran las siguientes, según Ellis & A. (1986).

- 1) Mi condición médica no sólo es bastante inconveniente, sino

que sin duda me proporcionará toda clase de molestias físicas, -- pero aunque la inconveniencia de sus pacientes cuando tienen alguna enfermedad suele estar basada en hechos, puesto que dichas molestias es probable que ocurran; los terrores sobre la enfermedad se fundan en distorsiones ficticias de lo que ellos piensan que tiene o no tiene que ser.

2) Si actúo mal en el curso de mi enfermedad o de mi operación y otras personas me censuran por comportarme necia o infantilmente, no puedo soportar sus críticas y me considero como un gusano por proceder de ese modo.

3) Si muero a consecuencia de mi enfermedad o cualquier operación que se me haga debido a ella sería una forma perfectamente horrible de acabar.

También estas creencias tienen su explicación irracional, -- pues en primera las críticas no pueden ni deben afectarme de tal forma, y además quizá sería mejor que no muriera pero eso no dice que va a morir en tal situación, o que no debiera morir.

Ellis y Abrahams (1986) proponen que los pacientes a los cuales se ha tratado con T.R.E., como regla adopten una manera de pensar ante cualquier situación la cual es "tengo pánico", ahora bien no hay forma de que mantenga ese sentimiento a no ser por -- una loca idea ¿cuál es esa idea? ¿qué es lo que estoy pensando de mi mismo, que me hace experimentar tal sentimiento?.

Con esto se ha visto que un paciente ante la condición de enfermedad hace lo que cualquier humano en una condición molesta como: quejarse de su propia estupidez o debilidad; quejarse de la --

injusta forma en que pueden ser tratados por otros; y quejarse de las condiciones desagradables que existen en el mundo en torno de ellos.

Insisten en que el universo debería y tendría que funcionar en la forma que él pretende; y cuando no es así se trastorna sobre este horrible estado de cosas. Por consiguiente a primera vista - puede parecer que la hostilidad de este hombre procede de sus diferencias con otros o de que otros bloquean sus deseos. En realidad es él quien causa esa hostilidad, por negarse a aceptar tales diferencias y frustraciones y por su necesidad de que todo - sea en la forma que quiere. Si estuviera esforzándose para ver sus deseos cumplidos, pero abandonara su actitud dictatorial, sería - asertivo, no hostil; es lógico y sano pensar que una persona pueda mostrarse enojada o enfadada, pero se pretende que se muestre de una manera racional, sin llegar al sentimiento de cólera o - agresión por las siguientes razones:

1) La cólera, cuando está adecuadamente definida, casi siempre consiste en mandato divino de que las personas tienen que hacer - lo que el individuo les diga, pero que por supuesto no hacen, en consecuencia, es una demanda divina muy irrealista que continuamente será pasada por alto o rechazada.

2) La cólera lleva a sanciones dolorosas en lo más hondo de - las personas que la sufren, esto aumenta la posibilidad de adquirir alta presión sanguínea y otras reacciones psicósomáticas.

3) Cuando las personas descargan su cólera en otras, casi siempre tienden a preocuparse de estas últimas y a pensar en ellas de modo obsesivo.

4) Los sentimientos de cólera a menudo conducen a planes y actos vindicativos. En este caso usted se preocupa más de las personas a quienes odia y se obsesiona con la posibilidad de represalias contra ellas.

5) Del mismo modo que el amor engendra amor, el odio por lo común provoca odio.

6) Los actos iracundos con frecuencia producen un círculo vicioso de actos iracundos en respuesta, los que a su vez causan más - actos de odio.

7) La ira, y aún la indignación justa, tienden a hacer que uno abuse de algunos de sus subordinados que él considera que actúan mal.

8) Al volverse sumamente colérico con otros a menudo usted adopta una de las propias características que odia en ellos.

9) Al volverse usted mismo colérico en vez de sólo agresivo a menudo pierde sus propios derechos y tiende a violar los de los demás.

Y aunque los pacientes deben llevar y trabajar estos sentimientos de ira, deben también aceptar el hecho de que dichos profesionales de la salud están lejos de ser ángeles y están expuestos al error sin cuidado y sin importar los errores de que se trate.

Por otro lado Ellis y Abraham (1986) en el caso de los pacientes con un grave mal físico y orgánico se enfrentan como ya lo habíamos mencionado ante una idea irracional de la muerte; por ello a continuación vamos a plantear de nuevo y revisar algunas razones que deben usarse con pacientes excesivamente temerosos, así como uno mismo:

- 1) La ansiedad acerca de la muerte rara vez produce algún bien. Los pacientes y las personas pueden morir en demasiadas formas y es imposible asegurarles que ninguna de ellas se producirá, desde esta postura no puede llegar a prevenir todas las formas.
- 2) La ansiedad sobre la muerte puede facilitar un rápido deceso; cuando más interesados se muestran sus pacientes acerca de la muerte más facilitan esa eventualidad.
- 3) Cuanto más se preocupan las personas de la muerte, menos placer obtienen de la vida. Los individuos sensibles esencialmente procuran vivir y disfrutar, ya que si viven miserablemente 93 años, esa no es forma de vivir.
- 4) El preocuparse no previene mágicamente los acontecimientos temidos. Las cosas terribles que podrían sucederles les llegan -- aún si nos preocupamos o no.
- 5) La preocupación acerca de la muerte no proporciona una existencia más plena, se inhiben de hacer cosas por evitar cualquier riesgo y luego se lamentan de que sería terrible morir sin empezar a vivir, lo cual es un círculo vicioso.
- 6) La preocupación sobre la muerte no proporciona ayuda de -- Dios o del destino, no por rezar o rogar se nos asegura contra un fallecimiento prematuro.
- 7) La preocupación es desviante; uno no se cuida bien por preocuparse demasiado.
- 8) La preocupación, la ansiedad y el pánico proceden de una demanda poco realista de certeza. Cuando las personas son muy ansiosas, demandan absoluta certeza de que no reciban daño alguno y de que no moriran antes de tiempo.
- 9) La preocupación acerca de la muerte conduce a la evitación

de toma de riesgos y a una existencia menos interesante y más aburrida.

10) Sin importar lo poco o mucho que uno se preocupe de la muerte, ésta llegará independientemente de lo que las personas se preocupen del asunto, morirán.

Las ideas anteriores deben ser discutidas con los pacientes así como sus muy particulares ideas irracionales como parte de la realización de la Terapia Racional Emotiva.

## CAPITULO 6

### INTEGRACION DE TECNICAS ANALIZADA A LA LUZ DEL MARCO TEORICO PLANTEADO.

-Propuesta de aplicación del entrenamiento socio-psicologico a los pacientes con enfermedades incurables y a sus familias.

Es muy difícil realizar una propuesta específica ya que para ésto sería necesario conocer las necesidades y características de los pacientes. En la Psicología es poco válido establecer tratamientos estándares para determinado problema. Más bien es necesario conocer cuales son las características del paciente y a partir de ahí, proponer un tratamiento específico apegado a su problemática particular. Sin embargo, se intentará dar los lineamientos generales de la propuesta dentro de esas limitaciones.

Como ya se vió en los capítulos anteriores, la intervención con este tipo de población, se puede hacer a tres niveles (con -- los profesionistas de la salud, con la familia y con el paciente mismo); por lo tanto, se proponen tres vertientes de aplicación. A continuación se delinea la primera alternativa, ya que no se -- piensa trabajar con ella debido a las limitaciones entiempo y recursos. Las otras dos alternativas si se piensa trabajarlas por -- lo que se explicaran con más detalle.

#### RELACION PROFESIONISTAS DE LA SALUD-PACIENTE.

Esta aplicación tendría que darse en los hospitales a los mé dicos que atiendena este tipo de pacientes. Esto presenta muchas dificultades debido a las actitudes de los médicos frente al tra-

bajo del psicólogo. Sin embargo, se daría entrenamiento en comunicación médico-paciente; pensamos que ésta es la exigencia social más importante en esta situación. Para ello se les daría a los médicos las bases teóricas de lo que constituyen las relaciones interpersonales para después especificar sobre la relación médico-paciente. El material de apoyo sería el equipo completo de videotape. Se grabó a la interacción ya mencionada en distintos tipos de casos (cuando el paciente es agresivo, pasivo, activo, etc) - posteriormente se analizaría detenidamente tal interacción. Hay que recordar que la conducta debe retroalimentarse para mejorar su eficacia.

#### RELACION FAMILIA-PACIENTE.

Esta interacción es muy importante y antes de intervenir es necesario tomar en cuenta algunos aspectos. Por ejemplo, cuáles son los estilos de interacción de la familia con los extraños y con los conocidos, cuál es la función que desempeña el familiar enfermo, cuáles son los mitos, costumbres y creencias familiares. Estos aspectos deben de evaluarse y tomarse en cuenta para definir las actividades y objetivos de la intervención. El objetivo aquí, como exigencia más importante, vuelve a ser la comunicación; pero hay que tomar en cuenta que la comunicación es el medio por el cual el paciente y la familia van a realizar actividades que permitan una mejor adaptación a la situación; es decir, una nueva planeación de metas vitales, tomando en cuenta a la enfermedad, agente nuevo en la situación; y lo que ésta implica (actividades nuevas) e incluso tomando en cuenta a la muerte y las actividades en que se ocupará la familia después de que ocurra ésta.

Como ya lo observamos anteriormente, dentro de la teoría de la regulación psíquica de Tomaszewski y el concepto de la ustanovka de Uznadze, el hombre se comporta de acuerdo a la realización de una meta; cuando vivimos cotidianamente, nos planteamos metas que pueden ser el resultado de la reflexión detenida (o usando el concepto de la ustanovka) pueden ser inconcientes, planteadas y - preparadas por nuestros padres dependiendo del sexo, posición social, religiosa, política, etc. De cualquiera de las dos formas - tenemos metas explícitas o implícitas; la gente dependiendo de su edad, piensa algún día casarse, tener hijos, terminar una carrera, hacerse de dinero, de prestigio, etc; pero todo esto se viene abajo cuando nos informan que tenemos una enfermedad incurable y que hemos de morir en un plazo perentorio. Las metas deben de cambiarse, ya no pueden hacerse planes a largo plazo; es necesario pensar planear en que se va a ocupar el corto tiempo que aún tenemos.

La ustanovka nos habla de "inconciencia" o estados inconcientes, pero presentes que regulan de alguna manera nuestro comportamiento. Existe dentro de la psicología cognitivo-conductual, una técnica psicoterapéutica llamada Terapia Racional Emotiva que fue creada por Albert Ellis que como técnica puede reinterpretarse a la luz de la Psicología de la actividad; la ideología es algo que no vemos porque vivimos dentro de ella; de esta manera de acuerdo a la T.R.E. (Terapia Racional Emotiva), la gente adquiere estilos de pensamiento que pueden ser funcionales en un momento, pero en otro ya no lo son. Ellis les llama ideas irracionales a aquellas que: 1) no son objetivas (no tienen un referente empírico); 2) -- llevan a poner la vida en peligro; 3) hacen que uno se sienta co-

mo no quiere sentirse; 4) no lo llevan a uno a conseguir lo que quiere, es decir que son inútiles y; 5) causa problemas que no se desean.

Tomaszewski afirma que "la verdad es que las características objetivas de la situación conforman la conducta del hombre dependiendo de como percibe él su situación y la propia percepción depende de que características objetivas tiene el ambiente, cómo es el propio ser humano y qué hace en esa situación" (Alberg, s-f. - p. 11). En este caso Tomaszewski da un paso adelante más que Ellis ya que éste último sólo elabora la primera parte de la explicación del primero; esto ocurre cuando Ellis retoma al filósofo Marco Aurelio y dice: no son las cosas que me rodean lo que me afecta, si no que lo que me afecta es la visión que tengo de ellas. En este sentido y siendo conscientes de la diferencia que existe a nivel teórico entre Tomaszewski y Ellis, pero también tomando en cuenta la utilidad de las herramientas tecnológicas de la T.R.E., proponiendo a ésta como una alternativa de intervención para la atención psicológica a los pacientes desahuciados.

En resumen, con la propuesta para el presente trabajo se han discutido dos técnicas principalmente: 1) Entrenamiento en comunicación y; 2) Entrenamiento en T.R.E. Visualizando además el replanteamiento de Metas Vitales dada la nueva situación que repentinamente se presenta.

Para tal fin, se propuso un taller de 10 sesiones, en las cuales se trabajó con los integrantes del grupo "enfermos Anónimos en superación" dado que el trabajo con los familiares no fue posi

ble, el número de participante fue sólo de seis personas debido a la no participación de los familiares como ya se había mencionado anteriormente.

Para realizar una propuesta de tratamiento a este tipo de población, es necesario antes hacer algunos planteamientos adicionales para que de ésta forma quede clara la misma.

#### DEFINICION DE EXIGENCIAS.

¿Cuáles son las exigencias que requiere este tipo de población? Para poder determinarlas y definir las es necesario hacer un análisis detallado de la situación; el sujeto como ya lo hemos visto, se desarrolla dentro de un sistema familiar en el cual cada uno de sus integrantes desempeña en forma dinámica un papel o papeles que permiten que dicho sistema continúe trabajando y desarrollándose.

Entonces, en parte, para determinar las exigencias es necesario establecer el papel funcional que ocupa el paciente desahuciado en el interior del sistema familiar; así como en otros contextos sociales como el trabajo, en las relaciones sociales, etc; en el momento en que el paciente es definido con una enfermedad crónica que puede llevarlo a la muerte, los papeles funcionales quedan vacantes; este vacío no es problemático a corto plazo, de hecho, todas las personas se llegan a ausentar de la familia, del trabajo, etc, y no pasa nada siempre y cuando dicha ausencia no sea larga. Sin embargo las cosas cambian cuando las personas que componen el sistema saben que una de ellas no volverá a cumplir sus funciones por una enfermedad grave o por su fallecimiento. El

papel que desempeña la persona enferma, como ya lo vimos hace que el sistema se vea más o menos afectado; entre más importante y capital sea su papel, más afectado se ve el sistema. El dirigente y proveedor económico es quien coordina las decisiones importantes y asume la responsabilidad de las mismas; por lo tanto es quien más desequilibra al sistema con su ausencia. Existen otros papeles importantes, aunque subordinados como el ser consejero, o quien ejecuta las órdenes y decisiones del dirigente; otros papeles importantes son los proyectos que la familia generalmente tiene sobre los hijos; en ellos se centran expectativas y esperanzas en su desempeño y desarrollo tanto personal como social.

Por lo tanto, las exigencias deben definirse a partir de la necesidad de que el sistema continúe funcionando en primer lugar; y en segundo que se desarrolle y crezca.

#### DEFINICION DE CAPACIDADES Y NECESIDADES DEL INDIVIDUO.

Todos los individuos tienen alguna capacidad de resolver los problemas planteados a lo largo de la vida; la combinación de esta capacidad y las circunstancias presentes dan lugar a los resultados, éstas pueden ser exitosas mediocres o pueden empeorar aún más los problemas. Las necesidades surgen a partir de la situación que se plantea en el momento; éstas son mayores o menores dependiendo en parte de que se cubran las expectativas sociales señaladas por el contexto. Dichas necesidades pueden ser de orden económico, religioso o de toma de decisiones. Es necesario determinar dos clases de capacidades y necesidades: las óptimas y las reales; sin embargo es muy difícil que ambas se encuentren en un estado de correlación total; generalmente las óptimas están por encima de -

las reales, por lo que es importante en primer lugar determinarlas y definir las (a las óptimas) y posteriormente buscar la manera de conseguirlas, lo que crearía el crecimiento psicológico del grupo y de cada uno de sus miembros. También es importante decir, por efectos de nuestro trabajo, que la comparación entre las capacidades y necesidades reales hace que surja el objetivo del entrenamiento propuesto.

Hasta este momento hemos hablado de capacidades y necesidades en abstracto, nos hemos referido a ellas en términos generales. - Para hablar en concreto y en particular de ellas es necesario consultar con la población afectada; sin embargo es posible referirnos a ellas a partir del análisis teórico realizado y de la experiencia clínica.

La comunicación abierta a lo interno de la familia es una de estas necesidades y capacidades por desarrollar; como todo sistema social humano tiene sus sistemas de reglas; éstas permiten un cierto grado de capacidad de comunicación; también determinan el momento y lugar en que se da esta comunicación. Analizando y explicitando estas reglas, permite una ampliación y permisividad -- de las mismas dada la situación por la que se está viviendo.

Otra capacidad a desarrollar es el enfrentamiento emocional adecuado a la situación; es decir que socialmente no se nos preparara recibir un golpe tan fuerte como un desahucio personal o de algún integrante de la familia; por lo tanto la capacidad de enfrentar una situación así, no se ha desarrollado de este modo la respuesta emotiva puede ser tan fuerte que ocasiones muchos pro--

blemas que terminen empeorando la situación ya de por sí mala. - Este tipo de situaciones pueden empeorar, como se mencionó, ya - que las necesidades aumentan al tener que atender ya no sólo a - las actuales con un miembro familiar desahuciado, sino que ahora también surgen otras necesidades de otro u otros miembros debido a la fuerza de las respuestas emocionales causadas por la situación.

Otra capacidad a desarrollar es la de análisis objetivo de - la situación y toma de decisiones de acciones a llevar a un futuro cada vez más perentorio; es decir que conforma pasan los días el enfermo puede ir empeorando poco a poco con altas y bajas; ante la posibilidad de que una de estas bajas sea definitiva, es necesario tomar decisiones trascendentales tales como el bienestar, en todos sentidos, de la familia antes, durante y después del desenlace de una enfermedad terminal. Los aspectos a tomar en cuenta en el análisis de la situación deben incluir la sobrevivencia, funcionamiento y desarrollo de los integrantes del sistema familiar y al mismo sistema en su conjunto.

## CAPITULO 7

### PROGRAMA DE INTERVENCION.

#### METODO.

Sujetos: seis personas integrantes del grupo "Enfermos Anónimos en Superación", los cuales tres eran hombres y tres mujeres, sus edades fluctuaban entre 29 y 60 años.

#### SITUACION.

Las sesiones se llevaron acabo en la casa donde el grupo se siona, ubicada en Col. Clavería, Avenida Clavería esquina con Tebas. Dentro de la casa, la sala está destinada como salón de juntas, misma que se ocupó para trabajar; ésta cuenta con iluminación natural y artificial, así como una ventilación adecuada, con sillas, mesas y una tribuna. Todas las sesiones se llevaron a cabo de las tres a las cinco de la tarde.

#### MATERIAL.

Equipo de video-tape completo televisión, cartulinas en donde se expuso el programa del taller, así como el esquema A/B/C/.

1) Hojas de identificación: Las cuales sirvieron para obtener datos personales de los participantes, con el fin de obtener un parámetro general acerca de las características de los participantes. (Anexo 1).

2) Cuestionario sobre ideas irracionales: Este se proporcionó para obtener una estadística de las ideas irracionales que podrían caracterizar al grupo. (Anexo 2. Driden & Ellis, 1980).

3) Cuestionario sobre Metas Vitales: La utilidad de este cuestionario radicó en conocer la situación actual emocional del pa--

ciente, así como su sentir en términos de satisfacción de su vida pasada, y sus planes para el futuro. (Anexo 3).

4) Hoja con las once ideas irracionales: Estas hojas se repartieron como material de apoyo para la explicación de estas ideas ante el grupo, por parte de las coordinadoras. (Anexo 4).

5) Hojas con los niveles de comunicación: Estas hojas tenían la misma función que las repartidas con las once ideas irracionales o sea, como material de apoyo para explicar los niveles de comunicación. (Anexo 5).

6) Hojas de registro: Estas consistieron en formatos de cuadros donde cada uno equivalía a 5" del tiempo de la escena, de tal forma se contaron con tantos cuadros como tiempo dividido entre 5" - del total de duración de cada escena, así si la escena duraba 2', el total de cuadros era de 24 cuadros; en cada cuadro se registró además la presencia o la ausencia de la conducta evaluada, especificando en cada uno que persona de los participantes emitía o no la conducta evaluada, teniendo una hoja de registro para cada una de las 8 categorías evaluadas por cada escena de ambas fases (Preevaluación y Postevaluación); así pues se contaron con 48 hojas de registro siendo estas duplicadas dado que existieron dos observadores que llevaron a cabo el registro, ésto con el fin de obtener un índice de confiabilidad. (Anexo 6).

#### DISEÑO.

El presente diseño fue de tipo cuasiexperimental dado que fue un procedimiento de análisis e interpretación de datos, en donde sí hubo intervención pero no se tuvo un grupo control para hacer comparaciones (Abad, Acoltzin, 1983). El motivo por el cual

se utilizó este diseño fue por que el objetivo no fue el analizar variables internas ni externas de los participantes, por lo cual sólo se trata de un diseño aplicado que consistió en tres fases:

#### PREEVALUACION - INTERVENCION - POSTEVALUACION.

La razón por la que se trabajó con estas fases fue para constatar de alguna manera la efectividad de la intervención, dado que con la preevaluación se obtuvo un dato de las condiciones -- (Ideas irracionales, Metas Vitales y Habilidades de Comunicación), de los enfermos con los cuales se trabajó, una vez obtenidos estos datos se procedió a la segunda fase en la cual se aplicó el paquete propuesto para intervención (Para ampliar detalles sobre ésta ver anexo 7); y por último se llevó a cabo una postevaluación con el fin de verificar la efectividad del paquete propuesto.

#### EVALUACION.

Esta se llevó a cabo através de los cuestionarios (Ver anexos 2 y 3 explicados en material), así como las escenas grabadas sobre comunicación en ambas fases y en las cuales se evaluaron las siguientes categorías:

A) Contacto Visual: Dirigir la mirada hacia la persona con la que se interactúa y mantenerla por más de tres segundos.

B) Orientación Corporal: Colocar el cuerpo en dirección de la persona con la que se está hablando.

C) Ademanos: Esta categoría se dividió en dos:

- Aceptación: Palmas de las manos hacia arriba.

Contacto Físico Positivo.

Importante: Únicamente estas conductas de aceptación fueron las

que se registraron como aparición de la categoría en las hojas de registro (ver anexo 6).

- No Aceptación: Palmas hacia abajo, puños cerrados hacia abajo; manos en boca, oídos o cabeza, movimientos de limpiar la ropa, de do señalando, manos en cara. (

D) Tono de Voz: Esta categoría también se dividió en dos, sólo que la primera que se expone (adecuado), es la que se registró como aparición de esa conducta (tono de voz) en las hojas de registro.

- Adecuado: Volúmen que permita ser escuchado sin gritos ni susurros; tono de voz que exprese afecto u otro pensamiento positivo.

- Inadecuado: Volúmen alto (gritos) o bajo (susurro); tono sarcástico que exprese sentimientos negativos.

E) Nivel I: Deformar, hacer caso omiso, de lo que dice el otro, ignorar lo dicho por el otro, se arrebató la palabra.

F) Nivel II: Preguntar sin interés, poco contacto visual, poca orientación corporal, tono de voz adecuado.

G) Nivel III: Manifestar interés, hacer preguntas, establecer contacto visual, orientación corporal, tono de voz adecuado.

H) Nivel IV: Se repite con palabras propias lo dicho por el otro, únicamente lo esencial del mensaje, se hacen preguntas, comentarios, se manifiesta interés.

Estas categorías fueron registradas por presencia de frecuencia utilizando un registro de bloque continuo de 5" (este consiste en registrar durante todo el tiempo que se emita la conducta, en este caso durante el tiempo de la escena; el hecho de que se divida en bloques es para de alguna manera evitar perder el regis

tro de emisión de la conducta; durante 5" se registra si se presenta o no la conducta, pasando inmediatamente a los otros 5" y se--guir registrando, de tal forma que si en los primeros 5" la cate--goría en cuestión se presenta al segundo número 3, se registra una sólo vez, aunque se vuelva a presentar en el segundo 4 por ejemplo, una vez terminado el primer bloque se repite la misma operación - en el siguiente bloque, hasta terminar la escena); (Bakeman & -- Gotman, 1989). Dicho registro se llevó a cabo por dos observado--res con el fin de sacar la confiabilidad del mismo la cual se ob--tuvo mediante el coeficiente de Kappa, dado que corrige el azar - siendo éste un estadístico de concordancia el resultado que este aporta siempre es preferible a los porcentajes simples de acuerdo. (Bakeman & Gotman, 1989). Además se utilizó la prueba estadística X<sup>2</sup>, (Chi Cuadrada), dado que ésta se usa para hacer comparaciones entre dos o más muestras entre frecuencias de ellas y así obtener las correlaciones significativas entre las categorías evaluadas. (Levin, 1979).

#### PROCEDIMIENTO:

El taller se llevó a cabo en 10 sesiones con duración de dos horas cada una y se distribuyéndose el trabajo de la siguiente ma--nera:

La primera sesión fue de presentación.

De la segunda a la cuarta sesión se trató el tema de la comuni--cación, ya explicado anteriormente.

De la quinta a la octava sesión se aplicó la técnica de la -- T.R.E.; sesiones durante las cuales se desarrolló todo el trabajo antes descrito respectivo a esta técnica.

La novena sesión fue de replanteamiento de Metas Vitales.

Y la última y décima sesión se utilizó para integrar y cerrar el procedimiento del trabajo que se realizó con el grupo de personas que participaron en el mismo.

La especificación de cada una de las sesiones se encuentra en el anexo 7.

## CAPITULO 8.

### RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados encontrados en el taller propuesto; éstos están expuestos por secciones; la primera de ellas corresponde a la implementación del cuestionario de Metas Vitales, los resultados de éste son mostrados por cada uno de los cuestionamientos donde en la mayoría se exponen parámetros generales que unifican las respuestas de los participantes; la siguiente sección corresponde a la T.R.E. donde se muestran las frecuencias a los cuestionamientos planteados en el cuestionario de T.R.E. (ver anexo 2); por último se encuentran los resultados de las sesiones de comunicación, éstos se exponen por medio de las dos fases: Preevaluación y Postevaluación por cada una de las escenas que conforman ambas fases, Los resultados se presentan además en función de frecuencia y relaciones significativas entre categorías, de tal forma que al final se logra hacer una contrastación entre ambas fases.

#### METAS VITALES:

1) La respuesta número 1 de este cuestionario estuvo en función de lo que el medio ambiente de las personas le ha otorgado, como cumplir con la familia en lo que a sí respecta generalmente hablan en términos de no haber logrado nada con ellos mismos.

2) Con lo que respecta a lo que han logrado tener a lo largo de su vida no hablan de aspectos materiales, sino que generalmente hicieron referencia a aspectos de su estado de ánimo como tranquilidad, resignación, etc.

3) En este cuestionamiento se habla de aspectos basicamente comportamentales como la comprensión, la constancia y algunos rasgos de caracter como la alegría, la sensibilidad.

4) Las características negativas basicamente es el enojo y la envidia, lo cual puede ser por la condición de enfermedad hacia las personas que les rodean, aunque dentro del grupo han aprendido a ocultar en gran medida dichas características.

5) Aquí dentro de este planteamiento sus desilusiones son en dirección de lo que no pudieron lograr a lo largo de su vida desde el no haber podido ser rico, hasta el impedimento para no formar una familia, sin embargo una de las personas dada su enfermedad - describe a la misma vida como una gran desilusión.

6) Dentro de los fracasos de los integrantes del grupo, lamentan no haber aprovechado el tiempo pasado para gozar de la vida, ya - que su mayor tiempo la han pasado pensando en su condición de enfermedad.

7) El máximo orgullo de las personas convergen en la familia que a pesar de que las personas enfermas se sienten solas en la mayoría del tiempo, dado que su familia y sus hijos constituyen un pilar de fuerza para ellos.

8) Las personas hablan acerca de algunas actividades en específico de las cuales ellas consideran hacer las cosas bien con respecto a su trabajo y a su familia, mientras que dos personas se sienten tan depresivos que ellos creen no hacer nada bien, este aspecto es debido a su condición de enfermedad.

9) Los éxitos que estas personas consideran haber logrado a lo largo de su vida giran alrededor de sus metas realizadas como ser humano, la educación de sus hijos ha sido un éxito importante.

Sin embargo, es digno mencionar que una sola persona considera como éxito el haber ganado a la muerte, lo cual indica claramente que su condición de enfermedad ha pasado a segundo término.

10) Dentro de este lineamiento los integrantes del grupo manifiestan, que lo que hubiesen querido de su pareja pero nunca tuvieron fue Amor y Comprensión, dado que según ellos son egoístas e incapaces de sacrificarse por estos.

11 y 12) Los integrantes del grupo mencionaron que al igual que lo que les faltó de su pareja, experimentaron las mismas faltas - con sus padres, pues mencionan que lo que estos siempre esperaron de sus padres fue Amor, Cariño, Confianza y nunca lo obtuvieron, por tal se observa que en cuestionamientos anteriores al hablar - de su familia podría pensarse que sólo se remiten a sus hermanos o bien a sus hijos; aunque cabe mencionar que algunos muestran un recuerdo agradable de sus padres en sus primeros años de vida.

13 y 14) Generalmente les hubiera gustado llevar a cabo una profesión a todos, sin embargo ellos atribuyeron su fracaso en la rama de los estudios a la falta de dinero y principalmente a su enfermedad; misma situación se repite en el lineamiento siguiente, dado que ellos manifiestan que su anhelo en lo que respecta a lo que les hubiera gustado ser repiten sus gustos por ciertas profesiones, aunque aquí aumentan cualidades que les hubiera gustado - tener, como por ejemplo el ser fuertes, el ser ambiciosos, etc. - Sólo que aquí mencionan a la enfermedad pero no como factor principal que les haya impedido realizarlo sino que atribuyen gran -- parte a la protección familiar, y al egoísmo de los padres.

15) Dentro de lo que les hubiera gustado tener a lo largo de su

vida y no lo obtuvieron, se resume en aspectos no materiales pues nadie hace referencia a ello, sino que manifiestan que su interés básicamente fue en dirección de la salud, educación, sabiduría, amor y como antes se mencionó en los rebros citados no pudieron por su enfermedad la cual la muestran como un obstáculo para su realización como personas.

16 y 17) Dado que este aspecto hizo referencia a lo que su infancia significa, las respuestas coincidieron en que su infancia sólo fue buena cuando estaban con sus padres; mientras que lo traumático fue darse cuenta de que estaban enfermos y para algunos perder a sus padres.

18, 19 y 20) Las actividades que los integrantes del grupo realizan actualmente son diversas, quehaceres domésticos, algunos trabajan o bien se dedican a estudiar, sin embargo existe una actividad común a ellos que es la asistencia al grupo por las tardes y esta es la actividad que más les gusta llevar a cabo, dado que con ello logran sentirse tranquilos y realizados, y por ende las actividades que realizan el resto del día les hace sentirse tranquilos.

21) Con lo que respecta a las actividades que actualmente les gustaría hacer es viajar y hacer todo lo malo, lo cual puede atribuirse a que si a lo largo de su vida se la han pasado enfermos y deprimidos, ahora que están encontrando tranquilidad dentro del grupo, desean vivir y gozar de lo que no pudieron hacer, pero les es imposible hacerlo por falta de dinero y de salud.

22 y 23) Dentro de las actividades que les desagradan hacer en la actualidad a estas personas se encuentra el trabajar, y el viajar en metro y colectivos por el exceso de gente, y una de las perso-

nas mencionó que no le agrada hacer el aseo en su casa en contraste con ello lo que más les agrada hacer es estar en el grupo ayudando a otros enfermos, la convivencia con los demás y para algunos el estar con su familia.

24) Dentro de este planteamiento que hace referencia a los planes que existen para el futuro las respuestas fueron variadas de cada una de las personas. Sin embargo, coinciden en el hecho de querer seguir viviendo un poco más, lo cual ellos exponen que depende de su enfermedad así como también dentro de sus planes entra el hecho de trabajar y estudiar (en las personas de menos edad dentro del grupo), mismas actividades que dependen al igual que los demás de su enfermedad y sobre todo de su estabilidad emocional.

25) La visión del futuro para dos integrantes del grupo la describen como buena, lo cual es atribuida dicha posición al estado de equilibrio en el que en la actualidad se encuentran, y por tanto mencionan que en estos momentos tienen todo lo que pudiesen esperar de su familia, a excepción de uno que expone querer más comprensión de su familia hacia él.

En este último cuestionamiento se incluyen los resultados de la pregunta 26 con el que se finaliza el bloque de preguntas en relación a las Metas Vitales.

#### TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

La tabla 1 muestra los resultados de los cuestionarios sobre las ideas irracionales de los 6 sujetos que participaron en el taller; analizados por frecuencia en las tres opciones de respuesta: A menudo, algunas veces y rara vez, pero se añadió el de absten-ción, ya que en algunas preguntas los participantes recurrieron

a ella; aunque en general fue una persona la que hizo uso frecuente de la abstención, pero en algunos otros cuestionamientos, otros participantes la utilizaron.

Las respuestas de las personas, como se observa en la tabla 1 fueron constantes para las tres opciones, no se nota una tendencia por alguna respuesta más que por otra aunque sí se observa - que algunas frecuencias de respuesta son más altas en ciertas preguntas como son:

En las preguntas que interrogan acerca de la aprobación de los demás, el número de respuestas fueron de 3 y 4 respectivamente, - la cual indica la importancia de la aprobación social para este - grupo en particular, así como también lo presenta la pregunta 11 donde la frecuencia de responder en esta opción fue de 5; pues la afirmación asegura que la persona se siente miserable si no puede conseguir la ayuda de otras personas.

Otro dato importante de recalcar donde se habla acerca de no - poder divertirse a causa de su pobre vida, los participantes contestaron con una frecuencia de 5 a menudo y el restante abstención.

Por otro lado en el cuestionamiento tocante a odiar a sus padres por haberles tratado mal y por haberles causado muchos de - los problemas que tienen en la actualidad, se observa que sólo 4 de los participantes contestaron, rara vez y 2, algunas veces.

En la tabla 1 se muestra que en las preguntas que hacen referencia a lo sentimental cuando se falla o en no poder tomar decisiones importantes que las respuestas A menudo fueron de 4 en cada - una de ellas.

Debido a la problemática del grupo con el que fue aplicado -

este cuestionario se revisó en especial la sección de: Temores hacia el futuro, o bien la posibilidad de morir; se encontró que la tendencia del grupo no es preocuparse mucho por el futuro y cuatro de ellas contestaron que rara vez les atemoriza la idea de morir, uno sólo contestó que algunas veces y un último en abstención. Lo cual puede observarse en la tabla 1 en las preguntas 47 a 50. Así, también fue interesante revisar el cuestionario acerca del suicidio pues cuatro contestaron que rara vez tenían ganas de suicidarse, uno que algunas veces y el restante abstención.

Por otro lado a excepción de los datos resultantes antes mencionados la ejecución en el cuestionario por parte de los participantes fue muy similar en todas las respuestas.

#### COMUNICACION.

Los datos se presentaron en términos de pre-evaluación y post-evaluación donde cada una de éstas consistió de tres escenas actuando dentro de ellas de manera simultánea tres de los integrantes del taller, siendo éstos elegidos de manera arbitraria. Dentro de cada escena se evaluaron las ocho categorías especificadas en el procedimiento. Así mismo se obtuvo el 90% de confiabilidad en el registro de las categorías mediante el coeficiente de Kappa.

#### \* Fase de Pre-evaluación:

La primera escena de esta fase consistió con respecto a su temática en discutir sobre la elección de una película con el fin de asistir a una sala cinematográfica, el conflicto de esta escena se presentaba cuando dos personas estaban de acuerdo con la elección de una de las películas y un tercero se inclinaba a ver

otra.

Se encontró que la frecuencia y las relaciones significativas entre las categorías analizadas en las tres personas fueron pocas, sin embargo hubo una similitud entre ellas pues la categoría de contacto visual se presentó en las correlaciones de los participantes.

En la escena número dos sólo participaron dos integrantes, la situación planteaba un conflicto en donde la hija quería ir a consultar a un Ginecólogo, pero la madre se oponía a ello por temor a que el Ginecólogo se propasara con ella.

Se observa en la tabla dos un aumento en las relaciones significativas presentadas en las personas participantes, puesto que ambas personas muestran tres relaciones significativas de las cuales dos de ellas fueron comunes; Ademanes- Nivel 1 y Voz- Nivel 2 lo cual marca una diferencia más en relación a la primera escena.

Por último en la escena 3 participaron tres personas y tuvo como temática la hora de llegada a las sesiones del grupo Enfermos Anónimos.

Se encontró en comparación a las 2 escenas de esta fase un incremento en la frecuencia y en número de relaciones significativas entre categorías por cada una de las personas, tal se muestra en la tabla 2.

\* Fase de Post-evaluación:

La Post-evaluación también estuvo constituida por tres escenas en las cuales participaron tres integrantes en cada una de ellas.

La primera escena de esta fase tuvo como tema central discutir entre dos programas de televisión que querían ser vistos pero ambos pasarían a la misma hora.

Se encontró que la frecuencia y el número de correlaciones significativas en las tres personas fue variable entre 3 y 5.

Dadas las relaciones significativas de las tres personas se observa en la tabla 2 que existen correlaciones comunes, es importante resaltarlo ya que se trata de las categorías que se pretendían establecer y desarrollar con la intervención, así como también la presencia de la categoría Nivel 4 en las tres personas - dentro de esta escena, lo cual marca una diferencia notable con respecto a la pre-evaluación, dado que éste indica el nivel más alto de comunicación.

En esta segunda escena de la post-evaluación, se situó a los participantes en un conflicto familiar en el que un miembro de la familia se pone indispuerto al momento de salir a una fiesta, por lo que cada uno de los participantes debería de tomar la decisión de ir a la fiesta.

Los datos obtenidos en cuanto a las correlaciones significativas entre categorías mostraron un aumento considerable en dos de las tres personas participantes en comparación con la anterior escena perteneciente a esta fase.

La tabla 2 muestra que además del aumento en el número de correlaciones algunas de éstas se presentaron en más de una persona.

Como dato importante se observó que dichas correlaciones que

se repitieron fieron con el Nivel 4, el cual no se había presenta do con alguna correlación significativa en la pre-evaluación y - que en la primera escena de esta fase hizo su aparición con una - frecuencia de 5; en la escena que ahora se comenta, también es un dato que resulta la presencia de la categoría Nivel 4 de comunica ción en correlación con otras conductas, pues la persona uno tuvo 3 conductas que se relacionaron significativamente con esta varia ble; por su parte la persona dos tuvo correlaciones con el Nivel 4 al igual que la persona tres.

Los resultados de la tercera escena muestran en la tabla 2 - un incremento en cuanto al número de correlaciones significativas presentadas para las tres personas participantes, la escena en -- cuestión plantea al igual que las demás una situación de conflic to, en esta ocasión familiar, en la cual se comentaba acerca de - los motivos de salir a pasear un fin de semana, o bien, quedarse en casa.

Así pues, las tres personas mostraron un aumento en cuanto - al número de correlaciones en cada persona en comparación con - las escenas anteriores, tanto de la preevaluación como de la post evaluación; pues la persona uno tuvo trece correlaciones signifi cativas y las personas dos y tres, quince correlaciones.

Además del aumento en las correlaciones, en esta escena se - observa que doce de éstas, se presentaron en las tres personas que intervinieron en la misma, como se nota claramente en la tabla 2. En esta misma tabla se observan otras correlaciones significativas que se presentaron en más de una persona pero no en las tres.

En cuanto a los datos que se presentan en la figura 1, se observa la aparición de las categorías Nivel 3 y Nivel 4, en una proporción mayor en comparación con los datos de las escenas anteriores y más aún con la fase de Pre-evaluación.

## DISCUSION.

A lo largo del trabajo se desarrolló el tema de apoyo a parientes de enfermos desahuciados; sin embargo, es necesario comentar que el trabajo con parientes no tuvo cause dado que éstos siempre se presentaron indispuestos, por lo cual el trabajo se llevó a cabo con los propios pacientes. En el capítulo 1 se esbozaron de manera general las diferentes concepciones que de muerte se tienen através de las culturas más importantes, dicha exposición deja ver a la muerte como un fenómeno, dado que se habla de ella como una etapa definitiva en la vida de todo ser humano y como tal merece distinciones ante la cultura o bien o bien el lugar en el cual se habite mediante ritos, homenajes como el luto por ejemplo, etc; generalmente al hablar de muerte se alude inmediatamente al cese de vida de una persona. Sin embargo, para los antropólogos existen otros tipos de muerte y éste hace referencia a la muerte social, la cual es muy común en las personas viejas, los jubilados, los que viven solos en hospicios; dado que estas personas son difuntos en potencia, biologicamente desgastados, inútiles en la sociedad, por lo tanto sufren las consecuencias de la muerte social: carencia económica y soledad.

Dentro de los autores que se han dedicado a trabajar este tema se encuentran: Sobel (1981), Kübler Ross (1987) y Robles (1987) los cuales manifiestan que el trabajo con la muerte es poco difundido y en ocasiones visto como un tema prohibido, donde hace referencia a lo difícil que resulta el duelo que los pacientes con enfermedades crónicas deben enfrentar con la muerte y por tal motivo los trabajos de estos autores son encaminados precisamente a

esclarecer un tanto la posición ante la muerte cuando ésta es irremediable y no sólo para personas enfermas sino para todos; dichos autores trabajan con diferentes técnicas; Kübler (1987, 1972); se ha dedicado a clasificar ciertas etapas por las cuales debe pasar un enfermo terminal incluyendo en ellas a los familiares, a esta posición, las autoras opinan que es una postura un tanto limitada ya que trata de encasillar a todos los enfermos en las etapas que ella dice haber confirmado lo cual da a su teoría una imagen acabada sin permitir ampliar su postura ante nuevas experiencias o bien algunas otras pautas de conducta que pudieran caracterizar esta fase terminal. Sin embargo, el trabajo de Kübler Ross, no puede dejar de mencionarse en cuanto se habla de enfermos crónicos o desahuciados, pues es uno de los trabajos pioneros que le ha llevado muchos años y que además su trabajo está constituido por experiencias innumerables que han logrado determinar el mismo. Por lo cual, su trabajo desde el punto de vista de las autoras ha servido como una base para abrir el campo de atención e investigación del enfermo desahuciado así como uno de los primeros sostenes teóricos para nuevos trabajos sobre el tema.

Por su parte Jenkins, Fabre y Cerruti (1987) trabajan con una postura sistémica donde su pretensión es lograr una unidad entre familiares-paciente-Aparato de Salud, de tal forma que se puede establecer lazos de comunicación lo cual desde el punto de vista de estas autoras es lo básico para lograr un final menos cruel para todos y recalcan que es lo primero que se pierde: la comunicación. Desde la perspectiva de quien esto escribe es importante resaltar que el trabajo de estas autoras trato de abarcar -

todas las áreas que engloban la problemática del paciente con enfermedad crónica para así no dejar de lado ningún factor que podría influir en el no progreso de dicha temática, no obstante -- Jenkins, Fabre y Cerruti (1987) plantean su programa dirigido - únicamente a una enfermedad específica, lo cual, limita la aplicación del mismo a pacientes con características diferentes.

Sin embargo las autoras comparten la opinión acerca de la importancia de la comunicación como factor que debe prevalecer en - una problemática de esta índole y por tanto cualquier intento de intervención debe tratar de recuperar y hacer cada vez más eficiente el factor de comunicación.

Por último Sobel (1981) establece una alternativa desde la - perspectiva conductual acerca del fenómeno de la muerte en pacientes con desahucio, propone el autocontrol como una opción para lograr un enfrentamiento a la muerte menos doloroso para el propio paciente como para los familiares; Sobel (1981) además propone el reforzador y la relajación como auxiliares para lograr su objetivo.

Luego entonces, dado el planteamiento de Sobel, las autoras opinan que la importancia de su trabajo radica en que toma en cuenta varios factores que intervienen cuando se habla de muerte. En contraposición de un tema pornográfico, se le da la categoría de importancia social, su centro de atención no radica sólo en el -- paciente moribundo, también ve lo que le rodea al mismo, pues para Sobel (1981) el problema de como enfrentar la muerte se encuentra influenciado desde la familia, el ambiente hospitalario así -

como la propia percepción del paciente.

Se considera que el trabajo resulta de importancia práctica, dado que propone a la T.R.E., como alternativa para solucionar en alguna medida el problema del paciente desahuciado.

El enfermo desahuciado vive enclavado dentro de las estructuras de una sociedad; ésta determina en gran medida donde y en ocasiones, hasta cuando se va a morir. Los adelantos médicos actuales hacen que una persona con una enfermedad grave puede conocer la naturaleza de su enfermedad y que sobreviva un poco más; este conocimiento afecta la forma en como se ve la vida propia por parte del paciente y de los familiares; pero las condiciones sociales y las costumbres afectan el proceso de morir, ahora se muere en los hospitales no en casa, el paciente es un número más y la atención se proporciona en serie sin tomar en cuenta al individuo en particular.

Entonces, el análisis del paciente con una enfermedad terminal debe de tomar en cuenta estos aspectos. Un análisis lineal resulta muy limitado para abordar un fenómeno tan complejo como éste; por lo tanto antes de realizar una intervención y análisis se debe de tomar en cuenta:

a) La familia, sus ritos, sus costumbres, la dinámica familiar y sus estilos comunicacionales.

b) La clase socioeconómica en que se desarrolla la familia ya que cada clase tiene sus estrategias de enfrentamiento, su forma de abordar sus problemas, sus recursos y su propia forma de conceptualización de muerte.

c) Al individuo en si, ya que dependiendo de su sexo, edad, lugar que ocupa en la familia y sus características individuales de personalidad va a afrontar y resolver sus problemáticas.

De los trabajos anteriores se puede inferir que no han sido suficientes para cumplir y resolver la problemática del paciente desahuciado la cual es muy específica y más aún si se piensa que en su mayoría los autores que han abordado dichos temas son extranjeros lo cual deja ver que la situación del paciente crónico en México ha sido escasamente investigado.

El enfermo desahuciado pertenece a un grupo social minoritario dentro de toda la estructura social, en ocasiones no se le toma suficientemente en cuenta; pero esto es paradójico, ya que si permanecemos vivos por mucho tiempo en algún momento todos llegaremos a la misma situación. Sin embargo a pesar de que esto no fuera así, son seres humanos y merecen nuestra atención y comprensión, pues se ha visto que en el momento de que un paciente ingresa al hospital diagnosticado como enfermo incurable sufre de rechazo, escasa atención médica y personal, formándose así en el aparato de salud la idea de que si es una enfermedad incurable las atenciones no tendrán algún beneficio, de esta manera no se hace más que agravar la situación emocional y personal del enfermo recibiendo actitudes que van desde el rechazo y la repugnancia hasta el tedio de atenderlos; misma situación se presenta en el ambiente familiar dado que cuando un miembro de dicho sistema se enfrenta a una enfermedad crónica, la familia se ve en la necesidad de reorganizar su estructura para suplir las actividades que el enfermo realizaba y más aún contemplar dentro de sus activida-

des diarias la atención al enfermo, lo cual pasado el tiempo llega a constituirse en una carga y el enfermo pasa a un lugar relegado dentro de la propia familia y en ocasiones la muerte para algunos casos surge como una alternativa deseada por los miembros de la misma, aunque en otros casos esta salida produce una serie de desajustes emocionales.

Como hemos visto en los casos anteriores, de alguna manera existe el aviso de que la muerte llegará, lo cual podría pensarse, que sirve como preparación para este hecho. Por otro lado en el caso de la muerte repentina las cosas no siguen un curso semejante pues la crisis y la reacomodación de la familia es posterior a la muerte, donde la máxima angustia aparece en el momento en que no se sabe que hacer, por lo que la atención en este caso debiera ser enfocada a ayudar a la familia para tener una nueva organización.

El comentario dirigido a resultados va en función de lo que se logró con el objetivo general planteado en un inicio, con respecto a ello cabe la posibilidad de concluir que el objetivo se cubrió, dado que se trató de dar una amplia revisión histórica del fenómeno de la muerte, así como un replanteamiento teórico para proponer una alternativa técnica para afrontar la problemática del enfermo desahuciado, la cual fue aplicada y que si bien el trabajo no fue posible de llevarse a cabo con los familiares como en un principio se había planeado si tuvo cauce con los pacientes, lo cual no disminuye su importancia, sino por el contrario se pudo lograr establecer algunas de las conductas pretendidas, así como también existió la posibilidad de iniciar la reflexión con lo to-

cante a la irracionalidad de su pensamiento.

Es posible concluir que apartir de los puntos propuestos para intervención:

a) La comunicación sirve para mejorar las relaciones familiares.

b) La comunicación logra esclarecer ciertas problemáticas entre el paciente y su medio ambiente.

c) La comunicación es una herramienta que impide perturbar aún más el estado de ánimo de los pacientes.

d) El conocimiento del pensamiento racional constituye una alternativa favorable para lograr desechar una serie de pensamientos - disfuncionales que provocan perturbaciones o estados de ánimo negativos.

e) La Terapia Racional Emotiva (T.R.E.) es una técnica viable - para eliminar pensamientos que en la situación del enfermo crónico empeora su condición.

f) La objetivización de conductas logra dar cuenta a los pacientes de los errores que cometen cotidianamente, los cuales ellos - pasen desapercibidos.

g) El replanteamiento de metas ayuda al enfermo a pensar en el presente y no dejarse morir mientras esté vivo, así como a reorganizar su vida.

Las técnicas utilizadas en el presente trabajo de alguna manera salen del esquema lineal, pues contempla una serie de factores que logran percibir al ser humano como un todo en relación a su alrededor, aquí cabe mencionar a la técnica sistémica, la cual contempla al paciente como parte de un todo, por lo que el individuo sólo es una parte y por ende para trabajar con éste se hace -

necesario contemplar a la familia y al sistema social en el que -  
viven, pues si se altera, en alguna manera todos sus sistemas y -  
subsistemas sufren de dicha alteración. Por otro lado la misma -  
técnica de la Sistémica sirve para ayudar a la familia a adaptarse  
a una nueva situación; sin embargo dicha ventaja puede constituirse  
se en una limitación de la misma dado que contempla tantos factores  
que en ocasiones es probable descuidar o no controlar alguno,  
lo cual implica que se cumpla en su totalidad la técnica.

En la vida cotidiana, la mayoría de los seres humanos adquiere  
ren a lo largo de su vida de manera aprendida una serie de pensamientos  
irracionales que son los causantes de sus perturbaciones emocionales  
y más aún en una situación de enfermedad crónica o de sahucio,  
en el que el individuo se enfrenta ante la posibilidad de muerte  
y surgen miedos y mitos que le impiden disfrutar o sobrellevar  
su vida mientras esté vivo, a lo que la Terapia Racional surge  
como una alternativa que de manera individual llega a localizar  
y modificar dichos pensamientos que constantemente predeterminan  
su forma de actuar y sentir; así mismo la técnica tiene como una  
de sus principales limitaciones tratar de romper con esquemas de  
pensamiento que se fueron constituyendo a lo largo de toda su vida  
y que de alguna manera sostienen sus costumbres de vida; además  
de la T.R.E. ésta debe de ser complementada con algunos aprendizajes  
de nuevas conductas pues aveces cambiar el pensamiento no es  
suficiente si no se tiene una alternativa conductual.

Debido a que las técnicas utilizadas antes mencionadas por sí  
solas no cubrían en su totalidad los factores que se involucran  
en el paciente desahuciado se decidió complementarlas con el fin

de no dejar de lado alguno de ellos, pues si bien la T.R.E., aborda la problemática del pensamiento y con esto se lograba una posible modificación del mismo, la terapia de comunicación permitió a los participantes replantear su manera de interactuar con sus familiares y su medio ambiente, corregirlo y llevarlo a la cotidianidad pero de una manera más efectiva.

Ahora bien, con lo que respecta a los resultados de las técnicas utilizadas, es posible hacer las siguientes conclusiones:

Dentro del cuestionario acerca de metas vitales (anexo 1) se abarcaron tres etapas: Pasado, Presente y Futuro y de éstos se desprenden diversas conclusiones. En primer lugar con lo que respecta a la etapa del pasado se aprecia claramente que de alguna manera ellos no se encuentran satisfechos con lo que tienen, dado que según sus planteamientos no han aprovechado el tiempo por estar pensando en su enfermedad, y que bueno, por un lado sus enfermedades les han producido en gran medida inversión temporal y económica así como física lo cual justifica el hecho de no poder hacer una vida "normal" como cualquier otra persona y por otro lado se encuentra un factor que para todos en general ha influido de manera casi determinante "la familia", pero si bien es cierto que la familia ha jugado un papel importante también es necesario aclarar que su condición de enfermedad no les permitió lograr sus metas. Con lo que respecta a la etapa presente se observa que actualmente ellos han logrado encontrar un gran apoyo dentro del grupo y lo que es más han logrado cambiar su visión acerca de la vida; y así su estado emocional es reportado por ellos mismos como comfortable. Su enfermedad como tal ya no ocupa el primer plano en sus

pláticas, sino que en la mayoría de ellos ahora lo importante es seguir viviendo, lo cual permite que sea uno de los planes en la etapa futura "seguir viviendo", para ayudar a los demás enfermos y enseñarles herramientas emocionales para continuar adelante.

Respecto a la intervención de la fase de T.R.E. se pudo observar que tal vez la información de T.R.E. impartida pudo haber tenido éxito dado que en la evaluación los participantes manifestaron que la racionalidad resulta más confortable pero también -- más difícil de actuar de esta manera. Sin embargo, si bien no se eliminó completamente su forma de pensar, cabe la posibilidad de concluir que de alguna manera se pudo lograr un poco de análisis con respecto a la inutilidad de los pensamientos irracionales y lo fructífero que es actuar con ideas racionales.

Con lo que respecta a las fases de comunicación (conductas - impulsivadas a objetivadas) de la preevaluación a la fase de post-evaluación se pudieron observar algunos de los posibles cambios - que tal vez la intervención pudo haber logrado.

En primera instancia las conductas contempladas para evaluar la efectividad de la comunicación planteadas en el procedimiento, es posible observar que con respecto a la fase de preevaluación - en la fase de postevaluación hubo un incremento en la emisión de las conductas y si bien no fue en gran porcentaje ese incremento si existió un dato que podría ser importante y éste hace referencia a la aparición de Niveles 3 y 4 de comunicación en la fase de postevaluación, mismos que no existen en la preevaluación. Los ni veles 3 y 4 cobran importancia dado que son los que indican un ma

yor nivel de comunicación entre las personas, lo cual probablemente probablemen  
te indicaría efectividad de la intervención.

## AUTOCRITICAS Y SUGERENCIAS.

Una de las principales autocríticas al presente trabajo es - que contrario al propósito inicial de trabajar con los familiares de los pacientes, fue imposible conseguir su colaboración dado - que no hubo interés de los mismos y aunque en varias ocasiones se les invitó a asistir al grupo donde se llevaban a cabo las sesiones no se presentaron, sin embargo los pacientes siempre asistieron por lo que se decidió llevarlo a cabo con éstos.

Por otro lado, el instrumento de evaluación fue un poco disperso pues se utilizaron tres aspectos a evaluar a la vez por lo que conformar un resultado fue algo difícil.

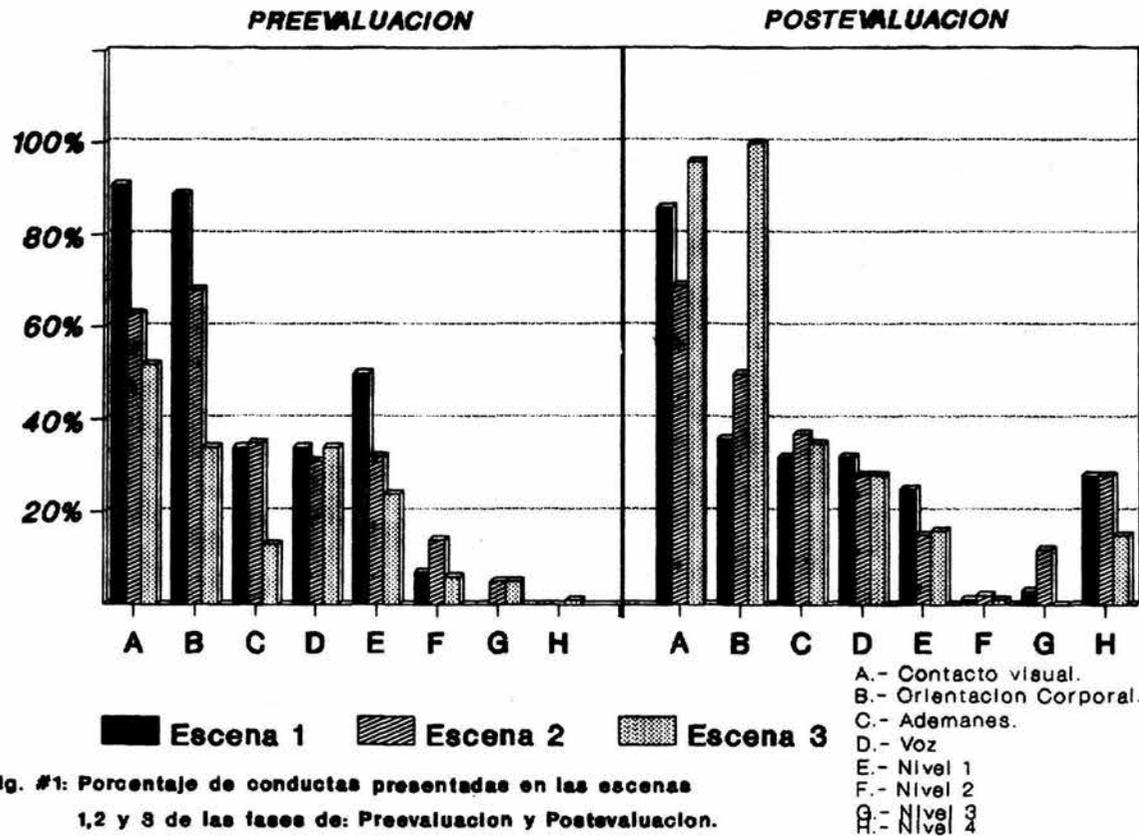
Aunque los objetivos planeados en el taller se lograron en - gran medida, al final se vió como deseable investigar lo que el - participante hace con lo que aprendió en el mismo, o sea, una fase de seguimiento en el ambiente natural.

Por último, se sugiere para continuar la línea de investigación y aplicación del trabajo, la creación y verificación de un - instrumento especialmente diseñado para observar la situación que vive el enfermo desahuciado.

Por otro lado, sería conveniente buscar la forma de aplicar el procedimiento aquí sugerido a los familiares, para ayudar en gran medida a mejorar la situación del paciente, continuando además a mejorar la situación del paciente, continuando además una fase de seguimiento en su ambiente natural para comprobar el mantenimiento de lo aprendido.

A N E X O S .

# CATEGORIAS



**Fig. #1: Porcentaje de conductas presentadas en las escenas 1,2 y 3 de las fases de: Preevaluacion y Postevaluacion.**

ANEXO 1.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PERSONAS CON QUIEN VIVE:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	OCUPACION

\_\_\_\_\_

ANEXO 3.

CUESTIONARIO SOBRE METAS VITALES.

El siguiente cuestionario tiene la finalidad de evaluar algunas expectativas de Ud. en la actualidad. Por favor conteste en la forma más honesta y concreta que sea posible. Algunas preguntas - tal vez Ud. jamás se las había hecho y son difíciles de responder de momento; tómelo con calma y conteste lo primero que le venga a la cabeza sin reflexionar mucho.

1.- A lo largo de mi vida he logrado hacer:

---

---

---

---

---

2.- A lo largo de mi vida he logrado tener:

---

---

---

---

3.- Mis características más positivas son:

---

---

4.- Mis características más negativas son:

---

---

---

5.- Una de las desiluciones que he tenido en mi vida ha sido:

---

6.- Uno de mis más grandes fracasos ha sido:

---

7.- Algo de lo que siempre he estado orgulloso (a) es:

---

8.- Lo que siempre he hecho bien es:

---

9.- Mi máximo éxito en la vida ha sido:

---

10.- Lo que siempre quise de mi compañero (a) y nunca tuve:

---

11.- Lo que siempre espere de mi padre y nunca tuve fue:

---

12.- Lo que siempre espere de mi madre y nunca tuve fue:

---

13.- Me hubiera gustado hacer: \_\_\_\_\_ y  
no pude por \_\_\_\_\_

---

14.- Me hubiera gustado ser: \_\_\_\_\_ y no pude por  
\_\_\_\_\_

---

15.- Me hubiera gustado tener: \_\_\_\_\_ y no pude por  
\_\_\_\_\_

16.- Lo más hermoso de mi infancia fue: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17.- Lo más traumatizante de mi infancia fue: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

18.- Actualmente las actividades que hago son:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

19.- Lo más importante de lo que hago actualmente es:

\_\_\_\_\_

20.- Lo que hago actualmente me hace sentir: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

21.- Actualmente me gustaría hacer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ pero no puedo por: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

22.- Lo que más me desagrada hacer actualmente es: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

23.- Lo que más me agrada hacer en la actualidad es: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

24.- Los planes que tengo para el futuro son: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ los cuales dependen  
de: \_\_\_\_\_

25.- La visión que tengo del futuro es: \_\_\_\_\_

---

26.- Lo que en estos momentos espero de mi familia y no tengo -  
es:

---

---

#### ANEXO 4.

##### LAS IDEAS IRRACIONALES QUE CAUSAN LAS PERTURBACIONES.

- 1) La idea de que es una necesidad extrema para el ser humano - adulto el ser amado y aprobado por practicamente cada persona significativa de su comunidad.
- 2) La idea de que para considerarse a uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa - en todos los aspectos posibles.
- 3) La idea de que cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad.
- 4) La idea de que es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.
- 5) La idea de que la desgracia humana se origina por causas ex-ternas y que la gente tiene poca posibilidad o capacidad o ningu-na, de controlar sus penas y perturbaciones.
- 6) La idea de que si algo es o puede ser peligroso o temible se deberá sentir terriblemente inquieto por ello, deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra.
- 7) La idea de que es más fácil evitar que afrontar ciertas respon-sabilidades y dificultades en la vida.
- 8) La idea de que se debe depender de los demás y que se necesita a alguien más fuerte en quien confiar.
- 9) La idea de que la historia pasada de uno es un determinante - decisivo en la conducta actual y que algo que ocurrió alguna vez y le conmociona debe de seguir afectándole indefinidamente.
- 10) La idea de que uno deberá sentirse muy preocupado por los pro

blemas y perturbaciones de los demás.

11) La idea de que invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos y que si esta solución perfecta no se encuentra, sobreviene la catástrofe.

---

## ANEXO 5

### NIVELES DE COMUNICACION.

1) Hacer caso omiso del otro. Buscar sólo desde su propio punto de vista. Hacer caso omiso o deformar la opinión y sentimiento del otro.

2) Preguntar en el sentido de interrogar al otro (sin hacer evidente la propia intención).

3) Manifestar interés, escuchar atentamente, afirmar (activar lo que dice el otro).

4) Reflejar Nivel 1. Se repite con palabras propias lo esencial de lo dicho por el otro.

Reflejar Nivel 2. Reflejar Nivel 1 más observaciones complementarias sobre el interlocutor (se comunican observaciones sobre el estado actual del otro).

Reflejar Nivel 3. Reflejar Nivel 1 más la continuidad del desarrollo del pensamiento del otro para hacerlo más claro, más preciso (existe el peligro de interpretaciones equivocadas).

---

Categoría: Ademanes

Escena: 3

Fase: Preevaluación

Duración: 3min, 10 seg.

Personas 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3

---



---



---

1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3

---



---



---

1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3

---



---



---

Códigos:

- 1.- Persona colocada en el extremo izquierdo.
- 2.- Persona colocada en el centro.
- 3.- Persona colocada en el extremo derecho.

Presencia de la categoría registrada.

Ausencia de la categoría registrada.

## ANEXO 7.

### SESION 1:

- Las coordinadoras se presentaron ante los participantes del taller.
- Se pidió a cada uno de los participantes que dijeran su nombre, su edad y su ocupación ante el grupo.
- Se les pidió que expusieran sus expectativas sobre el taller y si ya habían recibido información al respecto.
- Se les presentó en cartulinas el programa del taller, haciendo énfasis en que el objetivo del taller es abordar algunos aspectos que podrían mejorar la situación del paciente a través del empleo de la Terapia Racional Emotiva y la Terapia Sistémica.
- Se les preguntó si tenían alguna sugerencia o inconveniente, en cuanto al programa para pasar a la siguiente etapa.
- Se les repartió a cada uno de los integrantes del grupo un cuestionario, con algunas preguntas de identificación personal (ver anexo 1). También se les dió un cuestionario donde se presentaban algunos planteamientos para identificar ideas irracionales (ver anexo 2). Por último se les dió el cuestionario acerca de metas vitales el cual constó de tres fases (pasado, presente y futuro); una vez que tuvieron éstos se les dieron las siguientes instrucciones: "De los cuestionarios que se les acaban de dar, sólo les pedimos que contesten lo más sincero que puedan, por lo que si tienen alguna duda por favor pregunten a las coordinadoras, es para contestar en forma individual".
- Una vez que todos los integrantes del grupo terminaron de contestar los cuestionarios, se recogieron y se dió por termina-

da la sesión, no sin antes recordarles que la sesión tendría curso a las 3:00 P.M. y que el tema para tratar sería Comunicación, por lo que su asistencia sería de suma importancia.

## SESION 2:

### COMUNICACION I.

#### Objetivo:

El objetivo de la sesión fue realizar con los participantes una preevaluación en sus habilidades de comunicación y la manera de resolver los problemas cotidianos.

- Se les explicó a los participantes que se iniciaría con el tema de comunicación, para lo cual, se les pidió que pasaran tres personas al frente del salón donde se habían dispuesto sillas para grabar las escenas que se habían preparado con anterioridad.

- Se les explicó que se trataba de una situación simulada, pero común en la vida real. La primera escena se les dijo: "plantea la situación de elección de una película que irían a ver tres -- amigos de los cuales dos estaban a favor de una película; se les indicó que cada uno definiera su posición y diera razones para - conseguir el acuerdo deseado. El papel que haría cada uno se les repartió de manera arbitraria y se les indicó que iniciaran, esta primera escena se llevó a cabo en dos minutos con diez segundos.

- Una vez que se terminó la escena anterior, se eligieron a - otras dos personas para que participaran en una escena más; en - esta ocasión fue la excepción en cuanto al número de personas - que participaron en la escena, dado que las escenas restantes, - incluyendo la fase de postevaluación siempre participaron tres - personas. Bien, dentro de esta escena fueron mujeres las que la

protagonizaron. Esta consistió en un conflicto entre madre e -  
hija, donde la hija plantea ir al médico ginecólogo, pero la ma-  
dre se opone a que lo haga sola, pues teme que el médico se sobre-  
pase con ella. Esta escena se tardó en concluir cinco minutos con  
veinte segundos.

- Nuevamente se eligieron tres personas para que participaran  
en la escena última de la fase de Pre-evaluación; ésta trató -  
acerca de la hora de llegada al grupo de enfermos en la cual una  
de las participantes abogaba por llegar temprano a las sesiones  
exponiendo sus razones, otra defendió la postura de llegar tarde  
y la última persona trataría de mantener una posición intermedia,  
esta escena se llevó tres minutos diez segundos en finalizarla.

- Se finalizó la sesión y haciendo el compromiso para la si-  
guiente, las coordinadoras se despidieron del grupo.

### SESION 3:

#### COMUNICACION II.

##### Objetivo:

El objetivo de la sesión fue que los participantes,  
conocieran los niveles de comunicación para analizarla  
y así su comportamiento pase de un nivel impulsivo a  
un nivel objetivado.

- Como primer punto se pasaron las escenas que se grabaron la  
sesión anterior através de una televisión dispuesta para lo mis-  
mo y se les pidió que opinaran sobre lo que observaban, deteni-  
do la grabación donde fuera necesario para escuchar los comenta-  
rios de los participantes.

- Posteriormente se les repartió una hoja a cada uno de ellos  
que contenía los cuatro niveles de comunicación y sus caracterís

ticas.

- Los coordinadores leyeron cada uno de los niveles de comunicación y dieron un ejemplo para cada uno.

#### SESION 4:

##### COMUNICACION III.

##### Objetivo:

El objetivo de esta sesión fue que los participantes del taller a través de escenas simuladas intentaran llegar a el Nivel 4 de comunicación.

- Se les pidió a los participantes que volvieran a leer las - hojas en donde venían los niveles de comunicación, para luego - proceder a grabar una nueva escena, pero ahora con la intención de llegar al Nivel 4 de comunicación.

- Se eligieron tres personas de manera arbitraria, para hacer las escenas que pertenecieron a la fase de Post-evaluación de es te tema.

- La primera escena se trataba de que en una familia intentarían tomar una decisión sobre ver un programa en la tele, una de las integrantes quería ver un programa y otros miembros de la fa milia otro, el problema es que los dos pasarían a la misma hora; una vez que se explicó la situación y se repartieron los papeles se dió inicio a la misma que duró dos minutos.

- Se eligieron nuevamente a tres personas para la segunda es cena en la que un miembro de la familia se pone indispueto al - momento de salir a una fiesta, por lo que cada uno de los parti cipantes debió tomar una decisión sobre ir a la fiesta. Esta es cena tardó tres minutos con cinco segundos en finalizar.

- Nuevamente se eligieron a tres personas para la última esce

na, en la que el tema eran las salidas a pasear en el fin de semana en una familia, donde la madre quería salir a pasear al -- igual que la hija, no así el padre que prefería quedarse a descansar pues el trabaja de agente viajero.

- Terminadas las escenas se les pidió comentarios a los participantes sobre como trataron de resolver las situaciones que se les habían planteado y que opinaban de la actuación de sus compañeros.

#### SESION 5:

##### TERAPIA RACIONAL EMOTIVA I.

##### Objetivo:

Que los participantes conozcan los principales fundamentos de la T.R.E. para analizar y posteriormente cambiar sus pensamientos.

- Se les explicó como primer punto el esquema A-B-C de la -- T.R.E. con un ejemplo cotidiano y fuera de su problemática de los participantes.

- Se les pidió que ellos ejemplificaran un evento personal en el esquema de la T.R.E. para así corroborar si había quedado entendido.

- Las coordinadoras hicieron énfasis en que lo que nos hace sentir mal no son los eventos en sí sino los pensamientos que se tienen con respecto al evento.

- Retomando lo anterior se les explicó lo que Ellis postula -- como idea racional e irracional poniéndoles ejemplos; así como -- también se hizo énfasis en sus características y consecuencias -- de las mismas para así justificar el por que cambiar y por que -- valela pena.

- Después se les pidió a los participantes que ellos pusieran ejemplos de ideas irracionales que ellos tuvieran, y que explicaran por que son irracionales.

#### SESION 6:

##### TERAPIA RACIONAL EMOTIVA II.

##### Objetivo:

El objetivo de esta sesión fue que los participantes conocieran, discutieran y aplicaran las once ideas irracionales.

- En esta sesión se trabajaron de la idea 1 a la 5.

- Se les entregó a cada uno de los participantes una hoja con las once ideas irracionales.

- Se leyó la primera idea irracional se parafraseo, se buscaron ejemplos para hacer más entendible en que situaciones se aplicaba.

- Posteriormente se discutió por que es una idea irracional y se les pidió a los participantes que ellos pusieran un ejemplo de la misma en su propia situación.

-Se le buscaron las alternativas a la idea para cambiarla por una más racional.

- Se siguió la misma dinámica para cada una de las ideas hasta la número 4.

#### SESION 7:

##### TERAPIA RACIONAL EMOTIVA III.

##### Objetivo:

Idem.

- En esta sesión se siguió el mismo procedimiento para analizar las ideas de la cinco a la once, usado en la sesión anterior.

SESION 8:

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA IV.

Objetivo:

El objetivo fue realizar una evaluación del conocimiento de Terapia Racional Emotiva.

- Se les repartió a cada uno de los participantes una tarjeta con una de las once ideas irracionales.

- Se les pidió que leyera la idea que les había tocado y que posteriormente cada uno platicaría una experiencia personal que hiciera referencia a la idea, pero que además diera alternativas en términos de idea racional.

- Se les dió 20 minutos para que pensarán en dicha situación.

- Se abrió la plenaria en la que cada uno tomo su turno para hablar pero los demás podían opinar.

SESION 9:

REPLANTEAMIENTO DE METAS VITALES.

Objetivo:

Que los participantes del taller planteen metas a -- realizar en su vida.

- Se les pidió que en una tarjeta escribieran lo que deseaban que lograra la persona que ellos más querían en la vida.

- Se les dió diez minutos para esto.

- Se les pidió que en el reverso de la tarjeta escribieran lo que ellos deseaban lograr para ellos mismos.

- Se les dieron otros diez minutos para tal actividad.

- Se les pidió que echaran a volar su imaginación y vieran en términos de deseo cuales eran las metas que ellos desearían por muy descabelladas que fueran.

- Se abrió una plenaria para que cada uno comentara cuales -  
eran sus metas y como pensaban lograrlas si ésto fuera posible.

SESION 10:

INTEGRACION Y CIERRE.

Objetivo:

Analizar en palabras de los participantes la influencia  
y el alcance de los objetivos del taller.

- Se preguntó a cada uno de los participantes cuales fueron -  
los beneficios obtenidos y sus opiniones sobre el taller.

- Se les pidió que reflexionaran y comentaran sobre como uti-  
lizar esto con sus familias y en general con las personas que  
les rodean.

- También se les preguntó si el taller había cubierto sus ex-  
pectativas, así como que comentaran sus críticas y sugerencias.

---

TABLA #1.

Frecuencia de respuestas ante los cuestionamientos de  
T.R.E. de los integrantes del grupo.

	Amenudo	Algunas veces	Rara vez	Abstención
1	3	2	1	
2	4	1	1	
3	1	2	2	
4	1		4	1
5	1	4		1
6	3	2	1	
7		3	2	1
8	1	1	3	1
9	1	1	2	2
10	3		2	1
11		1	3	
12	2	2	2	
13	2	2	2	
14	2	2	2	
15	2	1	3	
16	1	1	4	
17	1	1	4	
18	4	1	1	
19		2	2	2
20		1	3	2
21	1	2	1	2
22	2	1	2	1
23		1	4	1
24	4	1	1	
25	1	1	4	
26	1	3	1	1
27	4		1	1
28	2	2	1	1
29	4	1	1	
30	4	2		
31	1	2	3	

32	2	1	2	1
33		3	2	1
34		1	4	1
35	3	2		1
36	3	2	1	
37	1	2	3	
38		1	4	1
39	= No aparece en el cuestionario =			
40		5		1
41	1	2	2	1
42		2	4	
43	1	4		1
44	1	2	2	1
45	2	2	1	1
46	3	1	1	1
47		2	3	1
48	1	2	2	1
49	2	2	1	1
50		1	4	1

---

Tabla #2: Relación de valores significativos de  $X^2$  en ambas fases (Pre-evaluación y Post-evaluación).

	PERSONA 1	CATEGORIAS	PERSONA 2	CATEGORIAS	PERSONA 3	CATEGORIAS
FASE DE PRE-EVALUACION.	6.1905	(A D)	7.9733	(A F)	6.8511	(A B)
	7.0246	(C D)	12.48	(D F)		
	8.9896	(C E)	14.6313	(C E)		
	5.1146	(C F)	11.1884	(D F)		
	21.4692	(D F)	6.836	(E F)		
	6.975	(C D)	5.1781	(C D)	7,5404	(C D)
	10.9238	(C F)	5.9693	(C E)	6.5185	(D F)
	19.4978	(D E)	6.5778	(C G)	6.5778	(D G)
	5.7086	(D F)	22.1308	(D E)		
	27.2593	(A B)	20.6222	(B G)	6	(A D)
8.7273	(C A)	22.8978	(C D)	21.551	(A H)	
9.503	(C E)	11.1295	(D H)	9.7166	(C H)	
11.715	(D H)			9.9785	(D E)	
				13.4986	(D H)	
FASE DE POST-EVALUACION	27.6587	(B H)	35.7469	(C H)	6.5179	(A B)
	9.3812	(C E)	10.0868	(D H)	15.4737	(A D)
	5.9792	(C F)			31.4489	(B C)
	15.5303	(C H)			7.0202	(B G)
	21.7886	(D E)			26.1676	(B H)
	14.4729	(D H)			11.5088	(C G)
					7.7906	(D H)
					13.2774	(G H)
	55.4688	(A B)	49.315	(A B)	47.9812	(A B)
	10.3745	(B E)	34.2391	(A C)	21.2316	(B C)
	48.5915	(B E)	11.9552	(A E)	21.2316	(B D)
	54.6196	(B G)	20.3125	(B C)	28.7671	(B E)
	5.3209	(B H)	13.3562	(B E)	49.3151	(B F)
	13.7175	(C D)	47.0149	(B E)	49.3151	(B G)

26.0417	(C	E)	55.4688	(B	G)	28.125	(B	H)
9.6159	(C	F)	10.6618	(B	H)	9.7998	(C	D)
42.5133	(C	H)	53.1379	(C	E)	29.324	(C	E)
18.7556	(D	E)	10.3202	(C	F)	6.4315	(C	F)
11.6535	(D	F)	20.3194	(C	H)	41.0377	(C	H)
32.12	(D	G)	21.4975	(D	E)	14.9274	(D	E)
33.364	(D	H)	25.0941	(D	F)	10.8817	(D	F)
			34.8585	(D	G)	34.2646	(D	G)
			18.52	(D	H)	15.0335	(D	H)

## BIBLIOGRAFIA.

ABAD, C.J., ACATZIN, V.O. et al. (1983). Diccionario de las ciencias de la Educación. México: Santillana.

ACKERMAN, N. (1987). "un artista irreverente" en LYNN Hoffman Fundamentos de la terapia familiar. México: F.C.E. p.p. 211-215.

BAKEMAN, R. & GOTTMAN, J. (1989). "Registro de secuencias conductuales". Observación de la interacción : introducción al análisis secuencial. Madrid: Morata. p.p. 74-99.

BATESON, "El proyecto de Bateson" y "Aprendiendo a aprender" en Linn Hoffman. Fundamentos de la terapia familiar. México: F.C.E. p.p. 27-37.

BOWEN. (1987). "Bowen y el ego diferenciado". en Linn Hoffman Fundamentos de la terapia familiar. México: F.C.E. p.p. 229-234.

COHEN, M. & KEATING, C.E. (1981). "Behavioral family systems intervention in terminal care" en H.J. Sobel Behavior therapy in terminal care: A humanistic approach, Cambridge: Mass Ballinger.

DRYDEN, W. & ELLIS, A. (1989). Práctica de la Terapia Racional Emotiva. España: Desclee de Brouwer.

ELLIS, A. (1981). "The Rational Emotive approach to thanatology" en H.J. Sobel. Behaviour therapy in terminal care: Humanistic approach. Cambridge: Dallinger.

ELLIS, A. (1980). Razón y emoción en Psicoterapia. España: Desclee de Brouwer.

ELLIS, A & DRYDEN, W. (1989) Práctica de la Terapia Racional Emotiva. España: Desclee de Brouwer. p.p. 242.

ELLIS, A. & ELICIT, A. (1986). "terapia Racional Emotiva", Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad México: Pax.

ELLIS, A. & GRIEGER, R. (1981). Manual de Terapia Racional Emotiva. España: Descleéde Brouwer..

ERICKSON, M. (1987). "La Terapia Insólita" en LINN. Hoffman Fundamentos de la terapia Familiar. México: F.C.E.

FISCH, R, WEAKLAND, J.H. & SEGAL, L. ( 1988). La táctica del cambio. Barcelona: Herder. p.p. 327.

GORER, G. (1976) "the pornography of Death". en E.S. Shneidman Death: Current perspectives. Maysfield: Pub. Co.

HALEY, J. (1985). Terapia para resolver problemas. Argentina: Amorrourtu.

HIEBSCH, H. & FORBERG, M. (1982). Psicología Social Marxista. La habana: Política.

SOBEL, H.J. (1981) "Behavior therapy en terminal care" A humanistic approach. Cambridge: Dallinger ,pub. Co.

HOFFMAN, L. (1987) Fundamentos de la terapia familiar; Un marco conceptual para el cambio de sistemas. México: F.C.E.

JACKSON. (1987) "Jackson y la doble atadura terapéutica". en Linn Hoffman Fundamentos de la terapia Familiar. México: F.C.E.

KASTENBAUM, R. 1984), Entre la vida y la Muerte. Barcelona: Herder. p.p. 253.

KUBLER-ROSS. (1987). Una luz que se apaga. , México: Pax.

KUBLER-ROSS (1972) Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Grijalbo. p.p. 360.

SATIR, V. (1987) "Satir y la familia de angeles" en Linn Hoffman Fundamentos de la terapia Familiar. México: F.C.E. p.p. 208-218.

NAGY. (1987). "Ivan Nagy y el libro de cuentas familiar"  
en Linn Hoffman fundamentos de la terapia Familiar. México: F.C.E  
p.p. 237-240.

PEREDA, R.M. Importancia de la prevención y tratamiento de los efectos psicológicos que surgen en pacientes en relación con la muerte. Una alteraitiva para un mejor enfrentamiento. Tesis de Psicología . 1988. Los Reyes Iztacala.

ROBLES DE FABREt. EUSTACE JENKINS R. & CERRUTI. (1987). El enfermo crónico y su familia propuestas terape<sup>u</sup>ticas. México: Nuevo Mar.

RUSELL, B. (1986). ¿ POR QUE NO SOY CRISTIANO? . México: Hermes.  
p.p. 252.

SOBEL, H.I. (1981) "Toward a Behavioral thanatology in clinical care" en H.J. SOBEL Behavior therapy in terminal Care: A humanistic Aproach. Cambridge: Ballinger.

THOMAS, L.V. (1983) Antropología de la muerte. México: F.C.E.  
p.p. 640.

SEVE, L. (1975) Marxismo y teoría de la personalidad. Buenos Aires: Amorrortu

TOYNBEE, A. KOESTLER, A. et all. (1976) La vida después de la muerte  
México: Hermes. p.p. 324.

WATZLAWICK, P. BAVELAS, J. & JACKSON, D. (1987). Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder. p.p. 260.

WATZLAWICK, P. WEAKLAND, J. & FISH, R. (1989). Cambio. Barcelona  
p.p. 194.

LIBRO 1 DE LA SABIDURIA. "La vida según los ímpios".  
pr836.