

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

División del Sistema de Universidad Abierta

“Propuesta de un Taller para el manejo de Duelo (pérdida física) con enfoque Cognitivo-Conductual -TREC-”

Que para obtener el Título de
Licenciado en Psicología
Presenta

Yolanda Dávila Vázquez

Opción de titulación

Informe Profesional de Servicio Social

Institución Receptora:

Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

Programa de Servicio Social “Atención Psicológica a Enfermos Crónico-Degenerativos”

Subprograma: “Programa de Servicio Social en Clínica”

Clave: 2006-12/ 23-3250

Fecha de inicio y término del Servicio Social: 05-02-06 / 09-02-07

Directora: Mtra. Laura Ángela Somarriba Rocha.

Revisora: Mtra. María del Carmen Montenegro Núñez.

Supervisora: Lic. Rebeca Sánchez Monroy.

Ciudad Universitaria, México D. F.

Fecha: 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

	Página
1.- Resumen.....	3
2.- Justificación y contexto	
2.1.- ¿Por qué un taller de duelo como aportación en el Servicio Social?.....	5
2.2.- Antecedentes y objetivos del Servicio Social.....	6
2.3.- Características de la sede.....	8
3.- Marco teórico	
3.1.- Terapia cognitivo-conductual	
Antecedentes y aspectos generales.....	13
Modelo teórico -Terapia Racional Emotiva-.....	16
3.2.- Duelo	
Antecedentes y aspectos generales.....	26
Modelos teóricos.....	28
3.3.- Emociones	
Antecedentes y aspectos generales.....	41
Modelos teóricos.....	41
4.- Estrategia metodológica e intervención (Servicio Social y propuesta del taller)	
4.1.- Preconsulta.....	52
4.2.- Evaluación psicológica.....	53
4.3.- Co-terapia individual.....	54
4.4.- Elaboración e impartición de talleres.....	59
4.5.- Descripción de resultados de las actividades del Servicio Social.....	60
5.- Propuesta de taller: "Manejo del duelo desde la aproximación cognitivo-conductual -Terapia Racional Emotiva-"	
5.1.- Planteamiento del problema.....	64
5.2.- Objetivos.....	64
5.3.- Justificación.....	65
5.4.- Método.....	65
5.5.- Procedimiento.....	66
6.- Resultados obtenidos.....	89
7.- Consideraciones finales.....	103

8. - Referencias.....	107
9. - Anexos.....	110

INFORME PROFESIONAL DEL SERVICIO SOCIAL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

1.- Resumen

El propósito de este informe¹ es brindar información acerca de las actividades que se llevaron a cabo durante la realización del Servicio Social dentro del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSP), de la Facultad de Psicología, y dentro del subprograma “Servicio Social en Clínica”.

El informe incluye, de manera general, los objetivos y actividades del programa de Servicio Social -realización de preconsultas, evaluaciones diagnósticas y co-terapia-, así como la realización de talleres. Dentro de esas actividades se detectó a personas que solicitaban ayuda para resolver algún proceso de duelo, por lo que se ideó una propuesta de taller que serviría como aportación al CSP para que se atendiera dicha demanda.

Las actividades dentro del programa del Servicio Social permitieron la adquisición de nuevas competencias y herramientas en el campo laboral, principalmente el proyecto/aportación: *“Propuesta de un taller para el manejo de duelo (pérdida física) con enfoque cognitivo-conductual -Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)-”*

La finalidad de la propuesta del taller es la de abordar temas relacionados con las pérdidas físicas, teniendo como objetivo la dotación de recursos instrumentales necesarios para que las personas que han sufrido una pérdida física importante en

¹ El 22 de marzo del 2004 el H. Consejo Técnico de la Facultad de Psicología de la UNAM aprobó el Informe Profesional de Servicio Social (IPSS) como una opción alternativa de titulación.

su vida se puedan adaptar mejor al medio que las rodea, favoreciendo así el proceso de duelo. Para ello se consideró el enfoque cognitivo-conductual (Terapia Racional Emotiva Conductual), ya que éste permite apertura y actualización de expresiones emocionales, así como identificación de ideas irracionales en el proceso de duelo.

Dentro del taller (el cual duró ocho sesiones, a razón de una sesión de dos hrs. por semana) se observaron las fases de duelo por las que atraviesan las personas, las cuales son oscilantes (con duraciones distintas en cada persona). Con ayuda de autoevaluaciones, explicaciones teóricas, dinámicas grupales y algunas técnicas terapéuticas, se logró que los participantes confrontaran su pérdida.

Se concluye este resumen con la idea de que el Servicio Social es un escenario importantísimo para el desarrollo profesional del estudiante, pues con las actividades realizadas se incrementaron los conocimientos en la atención de personas que se encuentran con un desequilibrio emocional y requieren atención psicológica; además, brinda la oportunidad de ofrecer un servicio a la comunidad, “devolviéndole” lo que ella ha aportado para el desarrollo de las instituciones, en este caso a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

2.- Justificación y Contexto

2.1.- ¿Por qué un taller de duelo como aportación al Servicio Social?

Las preconsultas (una de las actividades realizadas en el Servicio Social) permitieron la detección de personas que se encontraban en un proceso doloroso ante la pérdida física de un ser querido; allí se observó que “padecen” un impacto emocional muy importante y, en ocasiones, devastador. Se necesita, entonces, que la orientación que se dé a los participantes sea adecuada, pues el desconocimiento de las reacciones involucradas y su ocultamiento pueden inducir errores.

Todos sufrimos distintas y múltiples pérdidas durante el transcurso de la vida, y es inevitable atravesar por un proceso de duelo. Se conoce también, que existen dos tipos de pérdidas: las físicas (o tangibles) y las psicosociales (o simbólicas); las primeras se refieren a la pérdida de un ser querido (o pérdida de algún miembro del cuerpo), mientras que las segundas lo hacen a las pérdidas afectuosas (estatus, trabajo, jubilación, separación de los hijos en la edad adulta, divorcio, etc.)

Una de las principales dificultades que se presentan en el entendimiento de la pérdida y el duelo, es que no hay un consenso en el modo de entender, valorar e intervenir para que su resolución se lleve a cabo, ya que el duelo, como experiencia humana, es en parte natural y en parte construido. Por un lado, las características centrales de nuestra respuesta a la pérdida reflejan nuestra herencia evolucionista como seres biológicos y sociales, derivada de la interrupción de los lazos de apego necesarios para nuestra supervivencia; por el otro, los seres humanos responden a la pérdida de un ser querido tanto en el nivel simbólico como biológico, atribuyendo significados a los síntomas de separación que experimentan, así como a los cambios de la identidad personal y colectiva que acompañan la muerte de un miembro de la familia o de una comunidad más amplia (Muñoz, 2006).

Una persona que se enfrenta ante una pérdida se encuentra en una situación decisiva; en consecuencia, aumenta su estado de ansiedad, por lo que cada vez es menos capaz de encontrar una solución. En esta situación la persona se siente desamparada, está envuelta en un gran trastorno emocional y se siente incapaz de actuar por su propia cuenta para solucionar su problemática (Aguilera y Messick, 1996).

Por lo anterior, y tomando en consideración el desarrollo profesional que se ejerce durante el Servicio Social (en el CSP), se fue gestando la idea de crear un taller específico que abordara el manejo del duelo pero desde una perspectiva cognitivo-conductual, utilizando la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), pues con esta técnica se podían identificar aquellos pensamientos irracionales que hicieran sufrir al doliente (o identificar qué era irracional en ellos); cuando los pensamientos irracionales (falsos o incorrectos) se detectaran, se pasarían a una fase de modificación (que es central en la terapia cognitiva) y se reemplazarían por otros más ajustados a la realidad y a la lógica.

Así, la importancia de un taller que permitiera trabajar el estado emocional de esas personas en un espacio adecuado, con la adecuada sensibilidad del facilitador (entre otras herramientas) podía ser clave para la superación del duelo, además de que podía ofrecer la ayuda inmediata que necesita una persona para recuperar su equilibrio emocional perdido, es una intervención a corto plazo, poco costosa, y se aprovecha el espacio existente en el CSP (aulas).

2.2.- Antecedentes y objetivos del Servicio Social

Es trascendental hacer referencia a los antecedentes del Servicio Social, pues en ellos se puede ver la importancia de éste y los objetivos que se persiguen.

En México, el Servicio Social nace en el año 1936; al principio se estableció como requisito para titulación.

En 1978, se crea por acuerdo presidencial la Comisión Coordinadora del Servicio Social de Estudiantes de las Instituciones de Educación Superior (COSSIES); en 1979 se propone la creación de La Comisión Interuniversitaria de Servicio Social (CISS).

En 1983, se creó la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) y en 1984, el Comité de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social para las carreras de la salud en el marco de la Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 y en la que se sustituyó a la Secretaría de Salubridad y Asistencia por la Secretaría de Salud.

En 1985, desaparece COSSIES y surge, al interior de la Secretaría de Programación y Presupuesto, la Dirección de Apoyo al Servicio Social de los Estudiantes y de Análisis del Empleo (DASSEAE), misma que en 1989 se transformó en Dirección de Apoyo al Servicio Social (DASS), pasando a formar parte de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL)².

Así, el Servicio Social ha tenido una evolución y es considerado como la última etapa de la formación académica del estudiante, que es una etapa fundamental y de transición para su formación, en la que pasa de ser estudiante bajo la tutela directa de los profesores, a ser miembro integrante del equipo de profesionales.

En la actualidad, en la UNAM existe un reglamento para la realización del servicio social y contiene objetivos específicos:

1. Extender los beneficios de la ciencia, la técnica y la cultura a la sociedad.
2. Consolidar la formación académica y capacitación profesional del prestador del servicio social.

² IPN (2007). *Servicio Social*. <http://www.esm.ipn.mx/servicios/servis.htm>

3. Fomentar en el profesional una conciencia de solidaridad con la comunidad a la que pertenece³.

2.3.- Características de la sede

Durante los 70's en la UNAM se gestó la creación de centros de atención psicológica a la comunidad.

En 1981 fue inaugurado el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" (CSP), coordinado por la Lic. Josette Benavides Tourres.

En la actualidad el CSP está dirigido por la Lic. Rebeca Sánchez Monroy, quien fue la supervisora durante el Servicio Social.

La visión del CSP

Brindar un servicio psicológico integral para la comunidad universitaria, individuos y grupos de la población externa para mejorar su calidad de vida, empleando estrategias psicológicas que estén a la vanguardia a nivel nacional e internacional.

La misión del CSP

Brindar servicios psicológicos con compromiso, respeto y amabilidad, a los miembros de la comunidad universitaria, así como a individuos y grupos de la población externa favoreciendo la docencia, investigación y servicio comunitario.

Objetivos del CSP

1. Ofrecer formación supervisada a estudiantes de licenciatura y posgrado desde diferentes aproximaciones de la Psicología.

³ *Reglamento General del Servicio Social de la UNAM (2007).* <http://www.dgose.unam.mx/ss/docs/>

2. Formar con un grado de excelencia, a través de entrenamiento supervisado, a los estudiantes de Psicología, para así brindar un servicio de calidad a la comunidad universitaria y al público en general.

El Centro proporciona servicios a nivel de consulta externa y atiende a personas de ambos sexos provenientes de la comunidad universitaria y general (externa), de edades variadas (niños, adolescentes y adultos); se brinda atención psicológica bajo diferentes aproximaciones teóricas y en modalidades múltiples (individual, grupal, de pareja y familiar). Se atienden problemas emocionales, trastornos de la alimentación, sexualidad, dolor crónico, estrés, etc.

Población del CSP

Edad: de 4 a 69 años.

Sexo: 72.2% de mujeres y 27.8% de hombres

Procedencia: 54.4% de público en general, 6.1% de trabajadores administrativos de la UNAM, 43.5% de estudiantes de la UNAM.

Escolaridad: 60% de licenciatura, 6.1% de primaria, 1.7% de técnicos y 1.3% de posgrado.

El número de preconsultas al mes es de aproximadamente 60 al mes en el turno matutino, y aproximadamente 150 en el turno vespertino. Con la intención de cubrir estas demandas de consulta el CSP cuenta con los siguientes programas:

- Programa de atención a enfermos crónico-degenerativos (sub-programa de Servicio Social en Clínica).
- Programa de modificación de conducta infantil (Juego del Optimismo –JO-).
- Terapia con enfoque dinámico.
- Terapia familiar.
- Taller de padres.
- Taller de asertividad.

- Retroalimentación biológica.
- Programa de atención a víctimas y sobrevivientes de violencia sexual.
- Programa de atención a bebedores problema.
- Dictámenes para guarda y custodia de niños.

Dentro del programa “Atención a enfermos crónico-degenerativos”, el sub-programa “Servicio Social en Clínica” tiene como objetivos atender a la población de forma preventiva; es decir, el programa no sólo atiende a personas diagnosticadas con enfermedades crónico-degenerativas, sino realiza la importancia de prevenir dichas enfermedades atendiendo problemas psicológicos como la disminución del estrés, ansiedad, depresión etc.; es en este programa donde se realizaron las actividades del Servicio Social y se aportó la *“Propuesta de Taller para el manejo de duelo con enfoque cognitivo-conductual -Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)-”*

Para la realización de actividades dentro del Servicio Social se firmó un acuerdo⁴ entre la supervisora y directora del CSP (Lic. Rebeca Sánchez Monroy) y la directora del proyecto IPSS -Informe Profesional del Servicio Social- (Mtra. Laura Somarriba Rocha), en donde se fijaron los siguientes objetivos:

1. Proporcionar al estudiante de Servicio Social un escenario profesional y materia de trabajo pertinente, que le permita confirmar y desarrollar sus conocimientos y habilidades clínicas abordando las problemáticas psicológicas vigentes en nuestra sociedad de forma efectiva, eficiente y eficaz, con responsabilidad, compromiso y alta calidad humana.
2. Identificar el déficit en conocimientos y habilidades clínicas a ser moldeadas en el estudiante y modeladas por el supervisor (a través de un curso de inducción) y su práctica clínica supervisada como co-terapeuta.

⁴ Ver Anexo 1

3. Desarrollar e incrementar las habilidades clínicas (preconsulta, entrevista de diagnóstico, entrevista de orientación, entrevista de canalización, elaboración de la nota psicológica, formulación del caso, elaboración del programa de tratamiento o plan de tratamiento, aplicación, calificación e interpretación de instrumentos psicológicos, así como la integración y elaboración del reporte psicológico) y de intervención psicológica (intervención en crisis, modelo de solución de problemas y toma de decisiones, así como la técnica de relajación), de acuerdo al interés del prestador de Servicio Social.
4. Desarrollar e incrementar el conocimiento y las habilidades en la elaboración de talleres con temas psicológicos identificados como principales motivos de consulta e interés del prestador de Servicio Social (asertividad, duelo, autoestima, control de la ansiedad, enojo, pérdida afectiva y entrenamiento en solución de problemas, entre otros) y que cumplan la función de ser estrategias de prevención.
5. Desarrollar en el estudiante la confianza en sus conocimientos y habilidades clínicas para desempeñarse como terapeuta en casos individuales, o como instructor en la impartición de talleres a grupos pequeños, permitiéndole la toma de decisiones terapéuticas fundamentadas teóricamente y asumir su responsabilidad, siempre con la supervisión requerida por él.
6. Enseñar al estudiante a trabajar de forma organizada y sistemática durante su Servicio Social, a través del manejo del expediente clínico para la obtención de información que conformará parcialmente su informe de titulación (IPSS) y cubriendo los requerimientos.
7. Supervisar al estudiante en un proyecto que aportará a la sede (CSP), de acuerdo a su elección; éste, puede ser un manual de procedimientos para el instructor y/o participante de un taller, tríptico, cartel, estudio de caso,

etc., para su publicación y participación en diferentes foros académicos y de investigación.

El CSP se encuentra ubicado en Av. Universidad No. 3004, Col. Copilco-Universidad, Deleg. Coyoacán, dentro de la Facultad de Psicología, en el sótano del Edificio "D", en la Ciudad Universitaria.

3.- Marco teórico

3.1.- Terapia cognitivo-conductual

Antecedentes y aspectos generales

Paralelamente a la evolución de la terapia de la conducta se desarrollaron sistemas de terapia cognitiva que se basaban en una conceptualización e intervenciones cognitivas. Las dos figuras más influyentes dentro de este movimiento fueron: el Dr. Albert Ellis, quien en 1956 inicia una nueva corriente en psicoterapias que hoy se conoce con el nombre de Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) y, algunos años después en 1962, el Dr. Aaron T. Beck, quien inicia una nueva propuesta en psicoterapias que denomina Terapia Cognitiva (TC) y que muy pronto adquiriría gran prestigio por su eficacia para enfrentar la depresión y la ansiedad. Ambas corrientes, junto con nuevos desarrollos como la Terapia de los Esquemas (Jeffrey Young) y otras nuevas orientaciones integradoras, conductuales y sociales, están comprendidas en lo que hoy podríamos denominar la "corriente cognitiva conductual" en psicoterapias (Thomas, en Caro, 1997).

En la actualidad, tanto la Terapia Cognitiva como la TREC, en sus mismas escuelas fundadoras, han superado algunas concepciones originales, han incorporado una visión constructivista (Mahoney, 1995), han adoptado nuevos recursos y se pueden considerar "pos-racionalistas"⁵.

El modelo de la psicología cognitiva (y las terapias cognitivas) consiste en el principio de la ayuda cognitiva. Directamente: la reacción (o respuesta emotiva o conductual) ante una situación (o estímulo) está mediada por el proceso de significación (o evaluación) en relación a los objetivos (metas, deseos) de cada persona (Semerari, 2000).

⁵ Op. cit.

Las estructuras cognitivas, generalmente denominadas *esquemas*, que dan lugar a evaluaciones y a respuestas, son el resultado de predisposiciones genéticas y del aprendizaje generado a través de las experiencias vividas, propias de cada persona.

Toda terapia, por lo tanto implicará una modificación de estas estructuras con la consiguiente modificación de las evaluaciones que logrará una modificación de las respuestas (emotivas y/o conductuales). De esta manera, sin desconocer el enfoque médico-biológico de los trastornos sino sumándose al mismo, este modelo psicoterapéutico aporta al proceso de cambio el concepto de reaprendizaje, para lo cual puede recurrir a las teorías del aprendizaje. Entre las teorías del aprendizaje podemos citar el modelo social-cognitivo de Albert Bandura (Bandura, 1986). Las técnicas y recursos psicoterapéuticos, basados tanto en la teoría como en la experiencia clínica, abarcan un amplio espectro⁶.

El enfoque cognitivo conductual es cada año más dominante entre las propuestas psicoterapéuticas y su eficacia en la práctica clínica es cada vez más reconocida en las investigaciones sobre diversos trastornos, tales como: depresión, adicciones, ansiedad, trastorno de angustia, agorafobia, fobia social, disfunciones sexuales, etc., así como sobre muchos problemas, tales como: la *violencia*, la *ira*, las *inhibiciones*, los conflictos de pareja y otros (Beck, 2000).

Algunos principios que subyacen en toda aplicación de la terapia cognitiva:

1. La terapia cognitiva se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas, planteada en términos cognitivos.
2. Requiere de una sólida alianza terapéutica.
3. Enfatiza la colaboración y la participación activa.
4. Orientada hacia la objetividad y centrada en problemas determinados.
5. Inicialmente destaca el presente.
6. Es educativa, tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta

⁶ Op. cit.

- y pone énfasis en la prevención de las recaídas.
7. Tiende a ser limitada en el tiempo.
 8. Las sesiones de terapia cognitiva son estructuradas.
 9. Ayuda a los pacientes a identificar y a evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia.
 10. Se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta⁷.

El terapeuta cognitivo adopta como principio directriz, a lo largo de toda la terapia, la idea de que la manera en que los pacientes perciben y, en consecuencia, estructuran el mundo es lo que determina sus emociones y su conducta (Beck, 1976). El papel del terapeuta consiste en ayudar a los pacientes a darse cuenta de sus cogniciones y de cómo éstas median su afecto y su conducta (Keith y Renee-Louise, en Caballo, 1991).

Desde la primera sesión se administran cuestionarios y planillas en los que se evalúan los síntomas específicos, en su frecuencia, duración, intensidad y características. Esta medición es repetida periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea del cambio obtenido. La relación terapeuta-paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico. Paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar. En muchos casos, se utiliza la biblioterapia, que consiste en que el terapeuta recomiende o facilite libros, folletos o apuntes acerca del problema para que el paciente se informe de lo que le sucede. Tiende a fomentar la independencia del paciente. Dado que este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento independiente, en ella se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades intersesión (Beck, 2000)

⁷ Op. cit.

Modelo teórico “Terapia Racional Emotiva Conductual” (TREC) de A. Ellis

La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) fue formulada inicialmente por Albert Ellis durante el Congreso de la American Psychological Association en Chicago, Estados Unidos, en 1956, bajo el nombre de Terapia Racional.

La TREC se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo, de su interpretación de la realidad (Ellis, 1962). Por esta razón, la meta primordial de la TREC es asistir al paciente en la identificación de sus pensamientos “irracionales” o disfuncionales y ayudarlo a reemplazar dichos pensamientos por otros más “racionales” o eficientes, que le permitan con más eficacia metas de tipo personal como ser feliz, establecer relaciones con otras personas, etc. (Ellis y Beck, 1982). La TREC examina además de las inferencias sobre uno mismo, sobre los demás y sobre el mundo en general, la filosofía básica del individuo, en el cual se basan estas inferencias (Ellis y Dryden, 1987).

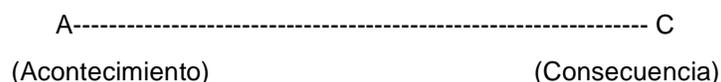
El modelo ABC para la TREC es publicado por primera vez en 1958 y ampliado en 1984. Como creciente necesidad de mayor elaboración y de una delineación más precisa de dicho modelo, su última revisión ha tenido lugar en 1994 (Lega, Caballo y Ellis, 1997).

El modelo A-B-C (funcionamiento psicológico)

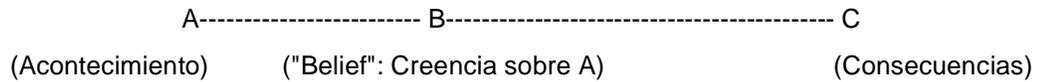
La mayoría de las personas suelen mantener un modelo atribucional o causal sobre su propia conducta centrado en los eventos externos. Podemos representar ese modelo así:

A: Llamémosle acontecimientos. C: Llamémosle consecuencias

Representación.



El modelo de la terapia racional-emotiva propone que el proceso que lleva a producir la "conducta" o la "salud" o "trastorno emocional" es bien distinto, ya que propone:



En resumen, no son los acontecimientos externos por lo general (salvo eventos externos o internos extremos: p.e "terremoto", "dolor extremo") los que producen las consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas. Más bien el propio sujeto, aplicando su proceso de valoración personal sobre esos eventos, es quien, en última instancia, produce esas consecuencias ante esos eventos.

El que esos eventos tengan una mayor o menor resonancia en sus consecuencias, es decir produzcan estados emocionales perturbadores extremos e irracionales o racionales, dependerá fundamentalmente de las actitudes valorativas (creencias) de ese sujeto particular.

Creencias irracionales

El trastorno psicológico, como ya ha quedado expuesto, deriva de las Creencias irracionales. Una creencia irracional se caracteriza por perseguir una meta personal de modo exigente, absolutista y no flexible. Ellis (1962, 1981, 1989 y 1990) propone que las tres principales creencias irracionales (creencias irracionales primarias) son:

1.-Referente a la meta de aprobación/afecto:

"Tengo que conseguir el afecto o aprobación de las personas importantes para mí".

2.- Referente a la meta de éxito/competencia o habilidad personal:

"Tengo que ser competente (o tener mucho éxito), no cometer errores y conseguir mis objetivos".

3.- Referente a la meta de bienestar:

"Tengo que conseguir fácilmente lo que deseo (bienes materiales, emocionales o sociales) y no sufrir por ello".

Estas experiencias entrecomilladas serían representaciones-modelos de las tres principales creencias irracionales que hacen vulnerable a las personas a padecer trastorno emocional en los aspectos implicados en esas metas.

Hay tres creencias irracionales derivadas de las primarias, las creencias secundarias (y que a veces son primarias), que constituirían el segundo eslabón cognitivo del "procesamiento irracional de la información":

1.- Referente al valor aversivo de la situación (tremendismo):

"Esto es horroroso, no puede ser tan malo como parece".

2.- Referente a la capacidad para afrontar la situación desagradable (insoportabilidad):

"No puedo soportarlo, no puedo experimentar ningún malestar nunca".

3.- Referente a la valoración de si mismo y otros a partir del acontecimiento (condena):

"Soy/Es/Son...un X negativo (p.ej. inútil, desgraciado...) porque hago/hace(n) algo indebido".

Distorsiones cognitivas

En un tercer eslabón cognitivo, y menos central para determinar las consecuencias emocionales, estarían las distorsiones cognitivas (o errores inferenciales del pensamiento), que serían evaluaciones cognitivas más ligadas a las situaciones específicas y no tan centradas como las creencias irracionales.

Creencias racionales

La salud psicológica, por su parte estaría ligada a las creencias racionales. Ellis,

es el único terapeuta cognitivo que llega a distinguir entre consecuencias emocionales negativas y apropiadas o patológicas. El hecho de experimentar emociones negativas no convierte ese estado en irracional necesariamente, ni la racionalidad de la terapia racional emotiva (TREC) puede ser confundida con un estado "apático, frío o insensible" del sujeto. Lo que determina si una emoción negativa es o no patológica es su base cognitiva y el grado de malestar derivado de sus consecuencias. Así, en la (TREC) se distingue entre:

Emociones	-Versus-	Emociones
Inapropiadas		Apropiadas

Ejemplos:

1. Tristeza, derivada de la creencia racional: "Es malo haber sufrido esta pérdida, pero no hay ninguna razón por la que no debería haber ocurrido"

-Versus-

1. Depresión, derivada de la creencia irracional: "No debería haber sufrido esta pérdida, y es terrible que sea así".

Si se cree responsable de la pérdida se condena: "No soy bueno"; y si la cree fuera de control, la condición de vida: "Es terrible"

2. Inquietud, derivada de la creencia racional: "Espero que eso no suceda y sería mala suerte si sucediera"

-Versus-

2. Ansiedad, derivada de la creencia irracional: "Eso no debería ocurrir, sería horrible si ocurre"

3. Dolor, derivada de la creencia racional: "Prefiero no hacer las cosas mal, intentaré hacerlas mejor; si no ocurre, ¡mala suerte!"

-Versus-

3. Culpa, derivada de la creencia irracional: "No debo hacer las cosas mal y si las hago soy malvado/a"

4. Disgusto, derivada de la creencia racional: "No me gusta lo que ha hecho, y me gustaría que no hubiese ocurrido, pero otros pueden romper mis normas"

-Versus-

4. Ira, derivada de la creencia irracional: "No debería haber hecho eso. No lo soporto y es un malvado por ello."

Las principales creencias racionales primarias serían:

1.- Referentes a la aprobación/afecto:

"Me gustaría tener el afecto de las personas importantes para mí"

2.- Referentes al éxito/competencia o habilidad personal:

"Me gustaría hacer las cosas bien y no cometer errores"

3.- Referente al bienestar:

"Me gustaría conseguir fácilmente lo que deseo"

Las principales creencias racionales secundarias serían:

1.- Referentes al valor aversivo de la situación (evaluación de lo negativo): "No conseguir lo que quiero es malo, pero no horroroso".

2.- Referentes a la capacidad de afrontar la situación desagradable (tolerancia):

"No me gusta lo que sucedió pero puedo soportarlo, o modificarlo si me es posible".

3.- Referentes a la valoración de sí mismo y otros en el evento (aceptación): "No me gusta este aspecto de mí o de otros, o de la situación, pero lo acepto como es, y si puedo lo cambiaré".

Estas creencias facilitarían la consecución de las metas personales (aunque no siempre) y, al no producirse, disminuirían su impacto sobre el sujeto. La salud psicológica sería todo aquello que contribuiría a que el sujeto consiguiera sus metas con más probabilidad; es decir, el autodoctrinamiento en las creencias racionales y su práctica conductual.

Adquisición y mantenimiento de los trastornos psicológicos.

Ellis diferencia entre la adquisición de las creencias irracionales y el mantenimiento de las mismas. Con el término "adquisición" hace referencia a los factores que facilitan su aparición en la vida del sujeto; estos serían:

1.- Tendencia innata de los humanos a la irracionalidad. Los seres humanos tienen en sus cerebros sectores precorticales productos de su evolución como especie que facilitan la aparición de tendencias irracionales en su conducta.

2.- Historia de aprendizaje. Los seres humanos, sobre todo en la época de socialización infantil, pueden aprender de su experiencia directa o de modelos socio-familiares determinadas creencias irracionales.

También se destaca en este punto que una persona puede haber aprendido creencias y conductas racionales que le hacen tener una actitud preferencial o de deseo ante determinados objetivos, pero debido a su tendencia innata puede convertirlas en creencias irracionales o exigencias.

Por otro lado, con el término "mantenimiento" Ellis se refiere a los factores que explican la permanencia de las creencias irracionales, una vez adquiridas. Se

destacan tres factores (Ellis, 1989):

1.- Baja tolerancia a la frustración. La persona, siguiendo sus exigencias de bienestar, practica un hedonismo a corto plazo ("Tengo que estar bien ¡ya!") que le hace no esforzarse por cambiar ("Debería ser más fácil").

2.- Mecanismos de defensa psicológicos, los cuales son derivados de la baja tolerancia a la frustración y de la intolerancia al malestar.

3.- Síntomas secundarios, derivados también de la baja tolerancia a la frustración y de la intolerancia al malestar. Constituyen problemas secundarios y consisten en "estar perturbados por la perturbación" (p. ej. ansiedad por estar ansioso: "Estoy ansioso y no debería estarlo").

En resumen, se destaca el papel de la baja tolerancia a la frustración derivado de una creencia irracional de bienestar exigente o inmediato.

Por otro lado existen diferentes niveles en cuanto a la "profundidad" y generabilidad del cambio. Estos niveles serían:

- Insight N° 1: Que el sujeto tome conciencia de que su trastorno deriva de B (irracional) y no directamente de A.

- Insight N° 2: Que el sujeto tome conciencia de cómo él mismo, por autodocctrinación o autorrefuerzo, mantiene la creencia irracional.

- Insight N° 3: Que el sujeto trabaje activamente la sustitución de las creencias irracionales por creencias racionales mediante tareas intersesiones de tipo conductual, cognitivo y emocional.

La terapia TREC, en suma, recorre secuencialmente esos tres niveles, soliendo ser muy directiva (aunque no siempre) en los primeros niveles y permitiendo convertirse en un método de autoayuda, más cercano al final del tercer nivel.

Principales técnicas de tratamiento en la TREC.

Ellis clasifica las principales técnicas de la TREC en función de los procesos cognitivos, emocionales y conductuales implicados en ellas:

A) Técnicas cognitivas:

1.- Detección. Consiste en buscar las creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras. Para ello se suele utilizar autorregistros que llevan un listado de creencias irracionales, permitiendo su identificación (p. ej., el DIBS –Disputing of Irrational Beliefs-) o un formato de auto/preguntas para el mismo fin.

2.- Refutación. Consiste en una serie de preguntas que el terapeuta emplea para contrastar las creencias irracionales (y que posteriormente puede emplear el paciente); éstas, suelen ser del tipo: "¿Qué evidencia tiene para mantener qué?", "¿Dónde está escrito que eso es así?", "¿Por qué sería eso el fin del mundo?", etc.

3.- Discriminación. El terapeuta enseña al paciente, mediante ejemplos, la diferencia entre las creencias racionales o irracionales.

4.- Tareas cognitivas para casa. Se utilizan con abundancia los autorregistros de eventos con guías de refutación (p. ej., el DIBS), cintas de casete con las sesiones donde se ha utilizado la refutación, cintas de casete sobre temas generales de TREC, y biblioterapia.

5.- Definición. Se enseña a utilizar el lenguaje al paciente, de manera más racional y correcta (p. ej., en vez de decir "no puedo", decir "todavía no pude")

6.- Técnicas referenciales. Se anima al paciente a hacer un listado de aspectos positivos de una característica o conducta, para evitar generalizaciones polarizantes.

7.- Técnicas de imaginación. Se utilizan, sobretodo, tres modalidades:

- La Imaginación Racional Emotiva (IRE), donde el paciente mantiene la misma imagen del suceso aversivo (elemento A del ABC) y modifica su respuesta emocional en C, desde una emoción inapropiada a otra apropiada, aprendiendo a descubrir el cambio de la creencia irracional.
- La proyección en el tiempo, donde el paciente se ve afrontando con éxito eventos pasados (o esperados) negativos a pesar de su valoración catastrofista.
- Hipnosis, donde se emplean técnicas hipnosuggestivas en conjunción con frases racionales.

B) Técnicas emotivas:

1.- Uso de la aceptación incondicional con el paciente. Se acepta al paciente, a pesar de lo negativa que sea su conducta como base o modelo de su propia autoaceptación.

2.- Métodos humorísticos. Con ellos, los métodos, se anima a los pacientes a descentrarse de su visión extremadamente dramática de los hechos.

3.- Autodescubrimiento. El terapeuta puede mostrar que él (terapeuta) también es humano y ha tenido problemas similares a los del paciente, para así fomentar un acercamiento y modelado superador, pero imperfecto.

4.- Uso de modelado vicario. Se emplean historias, leyendas, parábolas, etc., para mostrar las creencias irracionales y su modificación.

5.- Inversión del rol racional. Se pide al paciente que adopte y represente el uso de la creencia racional en una situación simulada, para así comprobar sus nuevos efectos.

6.- Ejercicio de ataque a la vergüenza. Se anima al cliente a comportarse en público de forma voluntariamente vergonzosa, para así tolerar los efectos de ello (p. ej., "pedir tabaco en una frutería").

7.- Ejercicio de riesgo. Se anima al paciente a asumir riesgos calculados (p. ej., hablar a varias mujeres para superar el miedo al rechazo).

8.- Repetición de frases racionales, a modo de autoinstrucciones.

9.- Construcción de canciones, redacciones, ensayos o poesías. Se anima al paciente a construir textos racionales y de distanciamiento humorístico de los irracionales.

C) Técnicas conductuales:

1.- Tareas para casa, del tipo "exposición a situaciones evitadas".

2.- Técnica de "quedarse allí". Se anima al paciente a recordar hechos incómodos, así como la manera de tolerarlos.

3.- Ejercicios de "no demorar tareas". Se anima al paciente a no dejar tareas para "mañana", para no evitar la incomodidad.

4.- Uso de recompensas y castigos. Se anima al paciente a reforzar sus afrontamientos racionales y a castigar sus conductas irracionales.

5.- Entrenamiento en habilidades sociales, especialmente en asertividad⁸

⁸ Ruiz, S.,(2006). *Psicoterapia y salud*. <http://www.psicologia.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual2.htm>

3.2.- Duelo

Antecedentes y aspectos generales

A través de la historia de la humanidad la muerte y el duelo han sido un motivo de culto, siendo distintos según la época y la cultura. Las ceremonias y rituales, por consiguiente, también tienen distintos significados y su estudio se ha abordado de diferentes formas; por ej., ante una pérdida física en muchas culturas se experimenta dolor por la ausencia del ser querido. Por lo tanto, a continuación se define lo que es el duelo.

Duelo, del latín *dolus* (dolor, aflicción, lástima, pena). Es decir, es una manifestación de sentimientos que experimenta toda persona que ha sufrido una pérdida; y *pérdida*, según el Diccionario de la Real Academia, significa “carencia, privación de lo que se poseía”, “cantidad o cosa perdida”. Así también, pena deriva del latín *poena* y del griego *poíné*, que se refieren al pago de una deuda como rescate; cada pérdida revive la deuda que tenemos con lo perdido (somos deudos) e implica un trabajo (el de duelo) para poder obtener la libertad (emocional).

El duelo es el proceso doloroso normal de elaboración de una pérdida, tendiente a la adaptación y armonización de nuestra situación interna y externa frente a una nueva realidad (Bucay, 2004).

Duelo se refiere al síndrome de sufrimiento emotivo que se observa en la mayoría de las personas que tienen alguna pérdida. El duelo tiene etiología, sintomatología y curso similares a los del trastorno de adaptación (Elkin, 2000).

Los estudios formales de la muerte, y su fenomenología, se empiezan a desarrollar aproximadamente a principios del siglo XIX con distintos enfoques.

Por lo que a la Tanatología ("La ciencia de la muerte"⁹) se refiere, fue considerada como una rama de la medicina forense que trataba de la muerte y de todo lo relativo a los cadáveres. Desde este punto de vista, la tanatología ha desarrollado

⁹ Este término fue acuñado en el año de 1901 por el médico ruso Elías Metchnikoff, quién en el año de 1908 recibiera el Premio Nobel de Medicina.

nuevas formas de intervención; es una disciplina que se encarga del estudio de la muerte; tiene una base interdisciplinaria: medicina, enfermería, psicología, trabajo social, espiritualidad y religiones, justicia, ética, etc. (Pichardo, 2007)

Freud por su parte, desde el Psicoanálisis en 1915 en el texto “Duelo y melancolía”, hace referencia central del estudio psicoanalítico de la depresión como culminación de su serie de trabajos sobre la metapsicología de su primera tópica. Se trata de un momento decisivo del desarrollo freudiano por las implicaciones teóricas y clínicas que introduce. Al incluir el problema del duelo y la melancolía, esta primera tópica que había completado y explicaba el funcionamiento del aparato psíquico, deja de ser suficiente. El camino a la segunda tópica surge prácticamente como una exigencia, apareciendo una nueva dualidad instintiva. Necesariamente tenía que aparecer algo relacionado con la muerte. Con la segunda tópica Freud acentúa el papel del superyó y de la pulsión de muerte.

En este trabajo define al duelo como “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o la abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (Freud, en Ortiz, 2005)

Este texto marca la ruptura definitiva entre Freud y el desarrollo de la psiquiatría hasta el momento en las teorizaciones acerca de la melancolía. El punto central, es que logra dar cuenta de aquello que los psiquiatras consideraban como una causa externa insuficiente (que tornaba incomprensible el surgimiento de la enfermedad), lo cual era realmente así, debido a que la causa no había que buscarla en algo externo, sino en una “predisposición”, que hoy podemos entender como estructural (Caballero, Fernández y Sáenz, 2006).

Después de este período se desarrollaron muchos modelos con distintos enfoques, tales como el psicodinámico, humanista-experimental, conductual, cognitivo, sistémico, etc.

Existen también modelos eclécticos que han dado aportaciones importantes para el estudio del duelo.

En la actualidad en México existen instituciones que se han interesado por estudiar el duelo, lo que se debe a lo complejo de sus manifestaciones y la importancia que representa para un ser humano; una de ellas es la Asociación Mexicana de Tanatología, fundada por el Dr. Alfonso Reyes Zubiria en 1988; otra es el Instituto Mexicano de Tanatología, quien es presidido en la actualidad por la Lic. Teresita Tinajero Fontán (Ortiz, 2005).

Para conocer mejor la naturaleza y la dinámica profunda del proceso de duelo, de los trastornos en los sentimientos que participan en el mismo, de por qué provocan tanta ansiedad y sufrimiento, de cómo da lugar a menudo, al fracaso de su tentativa de elaboración y, finalmente, de qué depende la posibilidad de una evolución sana, será útil exponer una síntesis de los principales modelos del duelo visto por diferentes autores y sus enfoques.

Modelos teóricos

Pensamiento psicoanalítico de Sigmund Freud (1917)

Propuso la primera teoría intrapsíquica del duelo en su trabajo "Duelo y melancolía"; si bien no tuvo interés particular en el fenómeno mismo del duelo, lo consideró como una respuesta normal en el curso de la vida: "Todos tenemos pérdidas, todos nos afligimos, todos sobrevivimos" (Freud, en Ortiz, 2005).

Para Freud, el duelo es una reacción normal a la pérdida de una persona amada o a la pérdida de alguna abstracción que ha tomado el lugar de aquella, tal como la patria, la libertad o una idea. Si bien es un período especial de la vida, nunca deberá ser considerado como una condición mórbida que requiere tratamiento médico. Además, la interferencia del proceso puede aun llegar a ser peligroso para el deudo (Montoya, 2006).

De los modelos propuestos para explicar las reacciones del duelo, el más completamente desarrollado es el psicodinámico, basado en las teorías psicoanalíticas propuestas por Freud, el cual se enfoca en el proceso intrapsíquico de la aflicción¹⁰.

De acuerdo a esta teoría, el proceso de la aflicción es acompañado por un retiro gradual de la energía emocional (libido) del objeto amado perdido. Debido a que renunciar a esta unión es emocionalmente doloroso, los síntomas de la aflicción pueden ser entendidos como una negación inicial de la pérdida seguido por un período de preocupación, con pensamientos de la persona muerta, durante el cual los recuerdos son recuperados y revisados, permitiendo así que la unión a la persona muerta sea gradualmente retirada. El trabajo del duelo es completado cuando el individuo ha emocionalmente liberado la energía, estimulándose por nuevas relaciones¹¹.

Para Freud, la semejanza entre el duelo y la melancolía reside en la pérdida del objeto amado, siendo en la melancolía el sujeto mismo (su autoestima y autoconfianza) el objeto perdido. El ego llega a empobrecerse y estar vacío; en el duelo normal, por el contrario, no hay pérdida de la autoestima debido a que no existe una relación ambivalente -al menos en la aflicción normal- hacia el difunto. Si existiesen sentimientos ambivalentes, el duelo resultaría en una organización patológica que él llamó "reproches obsesivos" o un "estado obsesivo de auto-denigración" causado por el conflicto de la ambivalencia. Estos "reproches" se presentarían en forma de sentimientos de daño, abandono, desilusión y expectativas de castigo¹².

Al valorar la realidad -y reconocer que el objeto amado ya no existe- se requiere que toda la libido sea retirada de su unión al objeto amado (lo cual, de hecho, demanda un gran esfuerzo) y el individuo esté nuevamente libre para reinvertirla

¹⁰ Op. cit.

¹¹ Ibidem

¹² Ibidem.

en otro sujeto. Debido al rechazo a dejar el objeto amado, este proceso sólo puede ser realizado lentamente, poco a poco con el tiempo. Durante este período de "decathexis" (dejar ir), la persona pierde el interés por todas las cosas, no puede experimentar amor y le invade un sentimiento de desesperanza¹³.

Modelo biológico de Engel (1964)

Engel levanta la polémica relacionada con la posibilidad de considerar al duelo como una enfermedad (1964). Contribuye de forma notable a la literatura del duelo con su interpretación de la aflicción desde el punto de vista de dos modelos biológicos primarios de respuesta al peligro y asociados con la pérdida de objeto. Engel propone que el Sistema Nervioso Central (SNC) está organizado mediante dos patrones opuestos de respuesta: reacción de lucha-huida ("fight-flight reaction"), considerada como el fundamento biológico de la ansiedad y que tiene como propósito preparar al organismo para un esfuerzo físico vigoroso y protegerle contra el trauma físico; y sistema de conservación-retirada ("conservation-withdrawal system"), considerado como el fundamento biológico de la depresión y el aislamiento (éste sería un estado adaptativo en el que se favorece el reposo del organismo físicamente enfermo, permitiendo la subsecuente recuperación y supervivencia) (Montoya, 2006).

Según Engel, el duelo debe así ser considerado una enfermedad desde el punto de vista de que "lo patológico" se refiere a un "cambio de estado" y no al hecho de la respuesta. Consecuente con su teoría, divide el duelo en 6 estados o fases:

1. Shock e incredulidad. Aturdido en principio, el deudo necesita tiempo para procesar el hecho de la muerte.
2. Desarrollo de la conciencia de pérdida. El patrón de lucha y huida es activado en términos de impulsos emocionales; llanto, rabia, irritabilidad y culpa como formas comunes de manifestar la angustia.

¹³ Ibidem.

3. Restitución. Los rituales de luto sirven para mantener a la familia y amigos juntos en su esfuerzo de apoyo. El proceso de recuperación se iniciaría cuando la realidad de la pérdida es reconocida. La religión y las creencias espirituales proporcionarían un sentido de paz cuando las expectativas de reunión después de la muerte son enfatizadas.
4. Resolución de la pérdida. El aislamiento de otros permitiría que el trabajo del duelo tuviese lugar, y al mismo tiempo permitiría conservar la energía. Al utilizar el reposo, el deudo sería capaz de recuperar fuerzas y moverse hacia una curación más saludable ("conservation-withdrawal system")
5. Idealización. Ayudaría a reprimir sentimientos negativos hacia el difunto.
6. Resultado. El proceso total del duelo tomaría un año o más de duración. Para Engel, el grado de culpa, ambivalencia, dependencia, la edad y el número de pérdidas previas afectarían el resultado y el tiempo empleado en la resolución del duelo.

Además de la polémica desatada con su interpretación del duelo como un clásico modelo de enfermedad, con Engel, y posteriormente con Parkes, se afianza la teoría biológica del duelo. Años más tarde, Hofer, utilizando los síntomas psicológicos y conductuales descritos por Lindemann y la teoría de los apegos descrita por Bowlby, presenta su "perspectiva psicobiológica" del duelo; Hofer vio las uniones de apego como resultantes de interacciones sociales que sirven como importantes reguladores de sistemas biológicos internos a todo lo largo de la vida. Los síntomas fisiológicos y conductuales de la aflicción, especialmente los crónicos, opuestos a las oleadas agudas de malestar, representarían el retiro de reguladores internos que fueron el resultado de interacciones constantes y emocionalmente significativas con un individuo con el que había un apego significativo (Montoya, 2006).

Modelo de Bowlby (1961)

Es uno de los autores más importantes en el tema, propone su primer modelo

sobre las etapas del duelo en 1961, basado principalmente en los influyentes trabajos de Freud y Lidemann. Originalmente plantea la existencia de tres etapas: añoranza y búsqueda de la persona perdida, desorganización y reorganización. Posteriormente (1969, 1980), Bowlby describe la etapa de embotamiento, como consecuencia de los resultados de un trabajo en el que entrevistó a un grupo de 22 mujeres viudas en cinco oportunidades durante el duelo (Parkes, 1964; Bowlby & Parkes, 1970). Las ideas sobre el duelo propuestas en estos trabajos guardan gran similitud con su conocida teoría del apego (1969, 1973, 1980). En ésta, Bowlby teorizó que los niños pequeños forman temprano en su vida un lazo con la figura materna, cuya ruptura lleva a la ansiedad de separación. Los mecanismos para afrontar esta separación serían sustancialmente los mismos que son observados cuando un niño mayor o un adulto pierden a una figura amada.

Bowlby se aparta de la tradición estrictamente psicoanalítica y también reconoce la influencia de otras disciplinas y enfoques, como de la psicología cognitiva y la etología. El duelo, para Bowlby, es una respuesta adaptativa, que se basa en el valor del apego en la sobrevivencia. Señala la importancia de condicionantes sociales en el duelo y de la redefinición del sí mismo y de su contexto. La causa para no lograr un duelo normal (“duelo crónico” y “ausencia prolongada de aflicción consciente”) implica que existen lazos con el fallecido. Esto lleva a un impulso de búsqueda, lo que explica la ausencia de pesar y tristeza que se puede dar en ambas variantes del duelo patológico. En ambas el duelo está inconcluso: el duelo crónico significaría quedarse en la fase de añoranza y búsqueda y la ausencia de aflicción en la fase de embotamiento (Bowlby, 1985).

Descripción de las fases:

- Fase de embotamiento. Es inmediata a la separación del objeto; puede durar desde horas hasta una semana. Está caracterizada por el aturdimiento que causa la noticia de la pérdida y la incapacidad para aceptar la realidad que se presenta al sujeto; así mismo se presentan estallidos de enojo, tristeza o bien pánico; podemos decir que las personas

en esta fase pueden continuar quizá con su vida normal, pero su funcionamiento será casi de forma automática.

- Fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida. Al cabo de unos días de la pérdida, tiene lugar un cambio y la persona afectada comienza, aunque tan solo esporádicamente, a darse cuenta de la realidad; esto ocasiona crisis de intensa desesperación y llanto. Existe a su vez un gran desasosiego, con los recuerdos de la persona que se ha ido, y combinado con frecuencia con la sensación de que aún se encuentra presente, sumida en una tendencia a interpretar señales o sonidos como indicando que el ser amado ha vuelto de nuevo. Podemos afirmar que durante esta fase del duelo, la persona apenada se encuentra sumida en una tendencia a buscar y recuperar la figura perdida, que puede ser o no consciente para el sujeto. Esta tendencia a la búsqueda puede poseer una secuencia de componentes perceptivos o bien ideativos, tales como: a) movimientos incesantes por el entorno y la búsqueda con la mirada; b) pensar intensamente en la figura perdida; c) una gran disposición a percibir y prestar atención a cualquier estímulo que sugiera la presencia del ser querido, e ignorar aquellos otros que no pueden referirse a esa finalidad; d) dirigir la atención a aquellas partes del medio en la que sería probable encontrar a la persona perdida; finalmente, e) llamarla. El llanto y la ira es reprimida por parecer vergonzosa, pero aún así es muy frecuente y se puede encontrar dirigida hacia el propio ser perdido o bien hacia otra persona.
- Fase de desorganización y desesperación. Podemos decir que en esta fase básicamente se presenta la depresión y la apatía, debido a que el individuo que sufre una pérdida siente que ya nada puede salvarse, pero fundamentalmente porque el papel desempeñado hasta el momento se ve modificado al tener que asumir nuevas responsabilidades. Los patrones de conducta, pensamientos y sentimientos se encuentran rebasados por la realidad y el sujeto entonces examina esta nueva situación y considera las

alternativas que tiene para enfrentarla, lo cual implica una nueva definición de sí mismo y de su situación.

- Fase de reorganización. Si el anhelo, la búsqueda y el análisis de la pérdida son tolerados, se llega a una nueva forma de vida. Esta reorganización va a consistir en la redefinición de sí mismo y el medio, tanto en el sentido afectivo como en el cognitivo; su labor será compleja, ya que se debe renunciar de forma definitiva a toda esperanza de recuperar al objeto y restablecer el vínculo¹⁴.

Pensamiento humanista de Kübler-Ross (1969)

Desde un enfoque humanista, pero sin desligarse totalmente de la teoría psicoanalítica, Kübler-Ross ha desarrollado todo un trabajo en el cual aborda la forma en que los seres humanos se enfrentan a la crisis quizás más importante en la vida: la muerte. La propuesta de Kübler-Ross es el resultado de su intenso trabajo con enfermos en fase terminal.

Para Kübler-Ross existe un proceso de etapas relativamente universales. En su conocido libro "Sobre la muerte y los moribundos" menciona la negación, rabia, negociación, depresión y aceptación (Kübler, 1975). Estas etapas ayudan a comprender el proceso por el que pasa el enfermo terminal al vislumbrar su propia muerte o, mejor dicho, la pérdida de la propia vida; éste es el objetivo para el que fueron originalmente propuestas por la autora. Sin embargo, también se han usado para describir el proceso que ocurre en el duelo, no siempre teniendo en cuenta la diferencia entre los dos procesos.

- Etapa de negación, cuando el paciente se entera que tiene una enfermedad mortal. Entra en juego como un mecanismo de autodefensa y le hace pensar al paciente que el diagnóstico puede ser erróneo y temporal, que luego será sustituido por la aceptación parcial de la propia realidad.

¹⁴ Op. cit.

- Etapa de ira, cuando el paciente ya no mantiene su negación. Aparece ira, rabia, agresividad y resentimiento; el enfermo es intolerante, reivindicativo y acusa a los demás de su situación. Se proyecta en todas las direcciones del campo que rodea al paciente.
- Etapa de negociación, cuando el paciente ofrece contrapartidas si se le ofrecen deseos. Es el intento de negociar con la muerte, tener más tiempo, pasar menos dolor y menos días tristes; esta situación de pacto se relaciona con un sentido religioso, en un intento de posponerla (muerte).
- Etapa de depresión, cuando se da cuenta de su enfermedad y sufre sensación de pérdida. Es una reacción depresiva de la que forma parte el dolor preparatorio por el que ha de pasar. Los problemas personales y familiares de orden económico suelen contribuir a esa respuesta depresiva. Se acompaña de miedo, soledad, tristeza, silencios prolongados y se suele acompañar de debilidad física, por lo que hay pérdida de capacidad de lucha.
- Fase de adaptación o resignación, cuando el paciente se prepara digna y serenamente para la muerte. Es como si el dolor no existiera y la lucha hubiese terminado, y ocurre cuando se afronta el final. El interés del paciente por lo que le rodea disminuye y desea estar solo. Aquí predomina una comunicación no verbal. En esta fase quien necesita de más apoyo y ayuda es la familia.

Estas fases no se presentan continuas ni en ese orden. Frecuentemente se encuentran reacciones de falta de higiene, replegamiento unido a introversión, angustia y ansiedad. La autora declara que “Las reacciones en pacientes moribundos son reacciones psicológicas, actitudes infantiles y falta de higiene” (Kübler-Ross, 1975).

Modelo cognitivo-conductual de James Worden (1982)

Worden habla del duelo y dice: “Cuando una persona muere, aun si la muerte es

esperada, siempre existe la sensación de que ésta no ha ocurrido” (Worden, 1982). Al igual que otros teóricos, concibe al duelo como un proceso que se resolverá con cuatro tareas principales, y sostiene que la intervención es en muchos casos necesaria para poder completar el proceso de duelo. Además, declara que de no completarse esas cuatro tareas, los sujetos presentarán un duelo patológico (Worden, en Ortiz, 2005). Las tareas mencionadas son:

- Primera tarea: la persona que sufre la pérdida debe aceptar que ésta es irreversible, por lo que es necesario enfrentar primero una etapa de rechazo. Los acontecimientos inmediatos a la muerte (funeral), ayudan a que la pérdida se convierta en algo real. Esta primera tarea que debe superar el sujeto en duelo es llamada, aceptar la realidad de la pérdida.
- Segunda tarea: viviendo el dolor de la pérdida. Esta tarea es difícil porque obliga al doliente a ponerse en contacto con sus emociones; sin embargo, el completamiento de dicha tarea se torna complicado, debido a que la sociedad “fuerza” a guardar los sentimientos y no hablar de ellos. Es importante que las personas superen esta etapa ya que involucra sentimientos de culpa y de ira.
- Tercera tarea: adaptación al medio ambiente sin el difunto. La readaptación al medio ambiente es complicada porque el sujeto en duelo no se da cuenta del gran número de roles que la persona muerta desempeñaba. Durante esta tarea es importante evitar los sentimientos de desamparo, ya que dificultan el desarrollo del proceso de duelo y, por ende, la resolución del mismo.
- Cuarta tarea: retiro de la energía emocional del difunto y la reinversión en una nueva relación. De las cuatro tareas descritas, ésta es sin duda la más difícil, ya que las personas tienen miedo de formar nuevas relaciones porque creen que con ello traicionan a la

persona muerta. Para lograr esta tarea debe darse cuenta que pueden volver a amar¹⁵.

Pensamiento constructivista de Niemeyer (2000)

Recientemente se ha planteado un nuevo modelo teórico del duelo, que puede verse como una alternativa, o como producto de la evolución de la corriente teórica clásica que se ha expuesto. Niemeyer realiza un análisis del proceso del duelo desde una perspectiva constructivista (Niemeyer, 2000); define al duelo como una reconstrucción de significados y destaca lo particular y lo activo en dicho proceso, a diferencia de lo universal y pasivo de los autores más tradicionales. La elaboración del duelo está determinada no sólo por las emociones, sino también por el contexto relacional y los significados únicos del doliente, los que tienen que ser reconstruidos después de la pérdida. La cultura y las creencias espirituales son determinantes relevantes del significado particular de la pérdida para cada persona.

El modelo de Niemeyer permite integrar aportes que se han realizado recientemente, desde la antropología y la sociología, al estudio del duelo. En términos del trabajo de duelo, este nuevo enfoque plantea, al igual que la postura más tradicional, que se necesita reconocer la realidad de la pérdida y abrirse al dolor. La diferencia se presenta principalmente en lo que se ha llamado “fase de reorganización o restablecimiento”, cuyo objetivo está determinado en forma importante por la concepción de lo que es un duelo elaborado. La propuesta de Niemeyer fundamentalmente permite una mayor amplitud en los procesos que llevan la elaboración.

Esta amplitud significa, por una parte, que no necesariamente el deudo debe “dejar ir” o renunciar a la relación con la persona desaparecida. Se ha descrito que las experiencias de contacto o alucinatorias con seres queridos son comunes y normales durante el duelo. La mayoría de los deudos, por ejemplo, sigue sintiendo

¹⁵ Op. cit.

la presencia de la persona fallecida y manifiestan que esto les proporciona consuelo y les anima a seguir con su propia vida (Datson y Marwit, 1997; Klass, 1997).

En el trabajo de Datson y Marwit, un 30% de los deudos tiene una sensación asociada a esta presencia, como por ejemplo la sensación de que la persona está sentada a los pies de la cama. Alrededor de un 20% dice haber visto u oído a su ser querido. Estas evidencias son incorporadas por Niemeyer, quien postula que la muerte transforma las relaciones con la persona querida, en lugar de ponerles fin. Por otra parte, se postula una reconstrucción de significados que permite contemplar las creencias particulares, teniendo como telón de fondo la cultura a la que uno pertenece, sin connotaciones a priori de anormalidad.

Por último, la amplitud en la elaboración del duelo permite incluir el crecimiento. El mundo de la persona queda transformado por la pérdida. La reconstrucción de un nuevo mundo de significados que tenga sentido no necesariamente lleva a la “normalidad” previa a la pérdida, sino que da la oportunidad de llegar a un estado de mayor desarrollo personal (Guic, 2006).

Modelo del Dr. J. Montoya Carrasquilla (2003)

Este autor es Licenciado en Medicina y Cirugía por el Instituto de Ciencias de la Salud (Medellín, Colombia), Especialista en Gerontología Clínica y Experimental, Psicogerontólogo (Gerontopsiquiatra) por la Universidad Autónoma de Madrid; ha dedicado gran parte de sus estudios al proceso de duelo, así como al diseño de instrumentos que han aportado elementos importantes para una mejor intervención terapéutica. Es autor del BID (Breve Inventario de Duelo), que es una escala para evaluar las fases que también propone a través de sus investigaciones sobre duelo (Montoya, 2006).

Las fases que propone el autor:

- Aflicción aguda. Se inicia en el momento del fallecimiento y tiene

prácticamente todos los elementos de un estado de shock emocional, sin ser rígidos en la duración de este período, pues cada persona lo hará según su propio tiempo y estilo; su duración aproximada es de uno a tres meses (en algunos puede tardarse más o menos tiempo, según las circunstancias). Sus características más sobresalientes son:

Hay incredulidad, anulación psíquica, confusión, inquietud, oleadas de angustia, pensamientos obsesivos, despersonalización-desrealización, síntomas físicos y otras reacciones.

- Conciencia de la pérdida. A medida que los síntomas y reacciones iniciales pierden su intensidad (en particular la angustia), y la persona acepta intelectualmente la nueva situación, comienza esta segunda fase del duelo. Cuando el funeral termina y los amigos y conocidos reanudan sus vidas normales, el verdadero significado de la pérdida golpea con fuerza al superviviente. Es un período caracterizado por una notable desorganización emocional, con la constante sensación de estar al borde de una crisis nerviosa y la locura. Al disminuir el nivel de angustia inicial, el dolor comienza a sentirse con mayor intensidad; en una palabra, la persona se siente peor. Sus características más importantes son:

Se observa ansiedad de separación, estrés prolongado, culpa, rabia, agresividad e intolerancia, comportamiento de búsqueda o de espera, sentimientos de la presencia del muerto y ensoñación.

- Conservación-aislamiento. Esta fase es experimentada por muchos como "el peor período de todo el proceso del duelo", pues es durante ésta que la aflicción se asemeja más a una depresión (ya como trastorno psíquico) o a una enfermedad general. De forma muy característica, y relacionado en parte con el desconocimiento general del proceso del duelo, la relación muerte-aflicción al final del año se pierde, y la mayoría de las personas no relacionan una cosa con la otra. Por ello, esa "nueva" sensación de tristeza

es vivida por muchos como un cuadro depresivo aislado. Sus características más importantes son:

Hay aislamiento, impaciencia, repaso obsesivo, apoyo social disminuido, necesidad de sueño y otras reacciones.

- Cicatrización. Como parte del fenómeno de cicatrización (cerramiento de la herida), el deudo debe emprender la tarea de reconstruir su mundo en sus tres grandes dimensiones (realidad, sentido de vida y personalidad), logrando con ello completarse como persona con una nueva dimensión del sí mismo. Sus características más importantes son:

Se advierte el retorno del control de la propia vida, la búsqueda de significado, el cerramiento del círculo, el perdón y el olvido.

- Renovación. Una vez que el deudo ha realizado los cambios necesarios en su realidad, sentido y estilo de vida, que ha recuperado su forma de verse a sí misma y a su mundo con un sentido positivo, y que ha logrado encontrar sustitutos y reemplazos para la persona u objeto perdido (éstos pueden ser cualquier cosa que interese al individuo o le dé un sentido y propósito y no necesariamente un rol sustituto), se mueve hacia la fase final del duelo. Sus características más importantes son:

Se perciben las vivencias para sí mismo y el aprendizaje para vivir sin reacciones de aniversario¹⁶.

¹⁶ Op. cit.

3.3.- Emociones

Antecedentes y aspectos generales

Durante el proceso de duelo se experimentan un cúmulo de emociones y de distinta forma en cada ser humano; sin embargo, las mencionadas en las investigaciones y las básicas encontradas son: el miedo, la culpa, el enojo y la tristeza. Es por ello que la mención de los modelos teóricos de las emociones es importante.

Al abordar la teoría de la emoción, los filósofos y psicólogos se han encontrado con la dificultad de distinguir entre las emociones y otros fenómenos mentales. La pregunta más común de los investigadores es ¿En qué difieren las emociones de las percepciones sensoriales, de los estados puramente físicos de agitación o excitación, y de las actividades más “cognoscitivas” de juzgar y creer? A continuación se presentan algunas de las teorías explicadas desde diferentes aproximaciones (López y Rodríguez, 2005).

Modelos teóricos

Teorías fisiológicas:

El más importante teórico del estudio de la fisiología de las emociones es el psicólogo y filósofo norteamericano William James, que en un artículo publicado en la revista *Mind*, en el año de 1884, (citado en Vila, 1996) propone que la experiencia emocional es la consecuencia de la percepción interna de los cambios fisiológicos específicos que acompañan a cada emoción: no lloramos porque estamos tristes, huimos porque estamos asustados o peleamos porque nos sentimos enojados, sino al contrario, nos sentimos tristes porque lloramos, asustados porque huimos y enojados porque peleamos.

Cannon-Bard defiende la postura contraria a James (Vila, 1996). Cannon consideraba que la emoción se produce a nivel exclusivamente de Sistema Nervioso Central entre determinadas estructuras subcorticales, donde el

procesamiento cognitivo de una situación emocional implica directamente a los órganos sensoriales, al tálamo y a la corteza. Las interacciones entre el tálamo y la corteza son suficientes para producir la experiencia emocional. El tálamo a su vez enviará señales eferentes hacia las vísceras y el sistema motor produciendo cambios corporales periféricos, pero que no cumplirán funciones específicas con respecto a la cualidad emocional.

Teorías cognitivas:

El estudio de las emociones debe considerar, tanto los procesos fisiológicos como los procesos cognitivos que permiten “poner una etiqueta”, situación que se está evaluando para tener un conocimiento “apropiado” del contexto en que se originan las emociones. De esta manera se ha sugerido que ciertas creencias pueden considerarse como condiciones previas para determinadas emociones; también se ha sugerido que las creencias son un componente lógicamente esencial de la emoción; es decir, que ciertas creencias son idénticas a la emoción y que las emociones simplemente suelen causar cierto tipo de creencias (Calhoun y Salomon, 1996).

La premisa de la teoría cognitiva es que el sujeto hace una evaluación de su ambiente; Albert Ellis propone que las emociones son producto de las creencias de un individuo y de su interpretación de la realidad (Lega, Caballo y Ellis, 1997). A partir de esta premisa propone el modelo ABC, donde el acontecimiento activante (A) es interpretado por el individuo, quien desarrolla una serie de creencias (B) sobre el mismo acontecimiento; a partir de esas creencias se desarrollan las consecuencias (C), que pueden ser tanto emocionales como conductuales. Así también, Beck propone que “la interpretación de una situación precede la respuesta emocional” (Beck, 1976). Ambos autores, refieren que los trastornos emocionales se deben a pensamientos “irracionales”, es decir, evaluaciones inadecuadas de la realidad (Lega, Caballo y Ellis, 1997).

Lazarus refiere que el significado de los estudios involucra un “significado relacional” (López y Rodríguez, 2005); es decir, la importancia de un evento en

conjunto con las condiciones ambientales en las que se presenta, las metas personales, creencias y fuentes de adaptación. Por tal motivo, propone una teoría con una explicación “cognitivo-motivacional-relacional”, con un énfasis en la relación entre la persona y el ambiente. La idea central de la teoría es el concepto de evaluación, el cual se refiere a la decisión que toma la persona en el proceso de evaluar las habilidades personales en relación con los estímulos o situaciones que se presentan en el ambiente.

Es importante destacar que el estudio de las emociones no se puede limitar a los aspectos internos de la fisiología y psicología, a los trastornos viscerales, a las sensaciones, deseos y creencias. Las emociones también tienen un aspecto “externo”, y obviamente su “expresión” de la conducta. La manifestación conductual de las emociones nos permite identificarlas a partir de la observación de lo que hacen. Muchos psicólogos han llegado a identificar, incluso definir, las emociones como pautas distintivas de conducta¹⁷.

Teorías conductuales:

Las primeras investigaciones de laboratorio sobre respuestas emocionales fueron los trabajos acerca de la neurosis experimental, realizados por Pavlov. En su experimento más famoso, expuso a un perro a dos estímulos, un círculo y una elipse que se proyectaban por separado en una pantalla. A la proyección del círculo siempre seguía la presentación de comida, mientras que a la proyección de la elipse no. La respuesta de salivación condicionada aparecía en la presencia del círculo, pero no en la presencia de la elipse. Los ejes de la elipse empezaron a alterarse progresivamente de forma que la elipse fue asemejándose poco a poco a un círculo. El animal empezó a fallar la respuesta condicionada, se agitaba, ladraba violentamente y atacaba al aparato. Este bloqueo del reflejo condicionado y las respuestas emocionales resultantes recibieron el nombre “neurosis inducida experimentalmente”. A partir de estudios semejantes concluyó que la neurosis se presentaba cuando había un conflicto entre la excitación y la inhibición del sistema

¹⁷ Op. cit.

nervioso al proporcionar estímulos que conducían a respuestas incompatibles. El estudio de este fenómeno fue de gran interés debido a que se consideraba semejante a la conducta neurótica de los seres humanos.

Además, con el mismo procedimiento algunos sujetos se inhibían mientras que otros se excitaban, mostrando diferentes respuestas emocionales que hablan de diferencias individuales (Kazdin, en López y Rodríguez, 1983).

Se considera que las reacciones de conducta a los estados emocionales no constituyen conductas relacionadas directa o lógicamente con el estado del entorno, es decir, las conductas características de diversos estados emocionales son en general conductas emergentes. Las conductas emergentes relacionadas con las emociones pueden tener la función de transmitir o comunicar el estado emocional a otro individuo, ya sea para prevenirlo o intimidarlo; pueden ser reacciones de defensa involuntarias ante un enemigo o agresor real o imaginario (como patear el automóvil si no arranca por la mañana) o pueden ser un proceso de búsqueda de conductas adecuadas para manejar determinadas situaciones desconocidas¹⁸.

El estado emocional parece ser determinante ante la disyuntiva de atacar o huir de un individuo amenazado; normalmente este estado emocional se genera con base en las señales emocionales representadas o transmitidas por el agresor o víctima. Muchas emociones tienen un comportamiento de relajación y posteriormente opuesto al estado emocional: después de un estado de enojo puede sobrevenir un estado de calma o incluso placer; después de un estado de tristeza puede sobrevenir cierto estado de calma o consuelo. En los niveles más elementales de abstracción la conducta emocional es más fácil de comparar entre individuos, especies o agentes (inteligencia artificial); al elevar el estado de abstracción, la conducta relacionada con los estados emocionales suele ser impredecible¹⁹.

Como curiosidad, es adecuado señalar que algunas experiencias en las aulas

¹⁸ Op. cit.

¹⁹ *Emoción* (2006). <http://es.wikipedia.org/wiki/Emociones#Emociones>

demuestran que los estados emocionales de un grupo de alumnos puede ser sorprendentemente variado, conforme avanza el nivel de abstracción de un concepto. Bajo determinadas condiciones, dependiendo de la complejidad del concepto, algunos alumnos pueden tener reacciones casi eufóricas a determinadas actividades en clase. ¿Varían la frecuencia en la ocurrencia de ciertos estados emocionales y de la conducta de un grupo de personas dependiendo de la complejidad de los conceptos que han sido captados del entorno?, ¿Existen estado emocionales más adecuados para recordar que para relacionar conceptos?, ¿Provoca el análisis de una situación una reacción emotiva y de conducta diferente a la utilización de la mente sintética?; una persona creativa, ¿qué tipo de intercambio emocional prefiere?; una persona analítica, ¿qué estado emocional y de conducta lo caracteriza?, ¿cambian las habilidades de comprensión, análisis y síntesis si cambian los estados emocionales?, ¿Por qué?²⁰.

Aparentemente los estados emocionales permiten al individuo establecer determinados formas de apreciar el entorno y a preferir determinadas estructuras lógicas o formales para concebirlo respecto de otras; todo esto con el fin de ser capaz de obtener conclusiones rápidas y de cambiar, sin necesidad de un proceso racional, de un patrón de conducta o razonamiento a otro, quizás más adecuado al tipo de situaciones a las que se enfrenta: ya sea una situación práctica, social, analítica o creativa o de supervivencia²¹.

Función de las emociones:

Una emoción es un estado afectivo que experimentamos, una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influidos por la experiencia. Las emociones tienen una función adaptativa de nuestro organismo a lo que nos rodea. Es un estado que sobreviene

²⁰ Op. cit.

²¹ Ibidem.

súbita y bruscamente, en forma de crisis más o menos violenta, y más o menos pasajera.

En el ser humano la experiencia de una emoción generalmente involucra un conjunto de cogniciones, actitudes y creencias sobre el mundo, que utilizamos para valorar una situación concreta y, por tanto, influyen en el modo en el que se percibe dicha situación.

Durante mucho tiempo las emociones han sido consideradas poco importantes y siempre se le ha dado más relevancia a la parte más racional del ser humano. Pero las emociones, al ser estados afectivos, indican estados internos personales: motivaciones, deseos, necesidades e incluso objetivos. De todas formas, es difícil saber a partir de la emoción cuál será la conducta futura del individuo, aunque nos puede ayudar a intuirlo.

Apenas tenemos unos meses de vida, adquirimos emociones básicas como el miedo, el enfado o la alegría. Algunos animales comparten con nosotros esas emociones tan básicas, que en los humanos se van haciendo más complejas gracias al lenguaje, porque usamos símbolos, signos y significados.

Cada individuo experimenta una emoción de forma particular, dependiendo de sus experiencias anteriores, aprendizaje, carácter y de la situación concreta. Algunas de las reacciones fisiológicas y comportamentales que desencadenan las emociones son innatas, mientras que otras pueden adquirirse.

Según Greenberg y Paivio, las emociones tienen diferentes funciones que permiten que el organismo se adapte a su ambiente cambiante (Greenberg y Paivio, 2000); estas funciones son las siguientes:

1.- Las emociones nos organizan para la acción, al establecer las metas que nos son prioritarias y nos organizan para llevar a cabo ciertas acciones concretas.

2.- Las emociones son fundamentalmente adaptativas debido a que son señales internas que nos dirigen a mantenernos vivos. La emoción constituye un sistema

biológicamente más antiguo, de acción rápida y adaptativa que nos permite responder rápidamente ante aquellas cosas que tienen que ver realmente con la supervivencia. De esta manera las emociones regulan la atención, controlan el entorno, buscan los acontecimientos que son relevantes para la adaptación y alertan a nuestra conciencia cuando éstos se producen.

3.- Las emociones influyen en el pensamiento y la memoria. Las emociones han ejercido una influencia poderosa sobre la razón y pueden mejorar o empeorar el razonamiento y la toma de decisiones ayudando al sujeto a determinar lo que ciertos resultados significan para él, identificando con rapidez las cosas como “buenas” o “malas”.

4.- Las emociones motivan a la persona para poder relacionarse con los acontecimientos que afectan dichas emociones. Además, las emociones están a menudo tratando de obtener sus propias recompensas y motivan conductas que incrementan la probabilidad de ocurrencia de otras que producen ciertos estados emocionales. Las emociones son, de este modo, tanto fines en sí mismas (estados que se desean lograr o evitar) como medios que nos guían hacia esos fines (disposiciones para actuar).

5.- Las emociones nos informan acerca de nuestras reacciones ante las situaciones. Muchas de las emociones son el resultado de evaluaciones automáticas que hacemos sobre el significado de las situaciones en relación a nuestro bienestar.

6.- Las emociones comunican a los demás sobre nuestras intenciones y nuestra disponibilidad para actuar. En las relaciones interpersonales la emisión y lectura constante de estados emocionales, especialmente a través de la expresión facial, informan y regulan en gran medida la interacción²².

²² Op. cit.

Clasificación de las emociones:

A) Generalmente la clasificación de las emociones ha sido de manera bipolar, ya sea “positiva” o “negativa”, dependiendo de tres posibilidades:

- 1.- El daño en la relación entre persona y ambiente cuando se presenta una emoción.
- 2.- El sentimiento subjetivo de la emoción.
- 3.- Las consecuencias adaptativas (Lazarus, en López y Rodríguez, 2005).

En la primera posibilidad se encuentran Lega, Caballo y Ellis, quienes proponen que hay dos tipos de emociones: las que sirven de ayuda y aquellas que son dañinas (Lega, Caballo y Ellis, 1997) (Tabla 1). Una emoción dañina obstaculiza la capacidad de los pacientes en su intento de alcanzar sus objetivos, de disfrutar, y puede tener como resultado un comportamiento autodegradante; adicionalmente, algunas emociones son dañinas fisiológicamente. De este modo, aunque es muy apropiado que una persona se sienta triste cuando hay una pérdida (emoción apropiada), si la tristeza se prolonga mucho o es muy debilitante se vuelve una emoción negativa (emoción perturbadora).

Emociones racionales positivas	Emociones racionales negativas
<ul style="list-style-type: none"> - Son placenteras, disfrutables. - Se procuran, se crean. - Son acciones de calidad filosófica, hedonistas, bajo la premisa que vale la pena disfrutar la vida. <p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afecto/amor • Tranquilidad • Alegría 	<ul style="list-style-type: none"> - Son respuestas ante la percepción de la realidad. - Son breves, tienen la intensidad necesaria para la activación, pero implican gasto de energía, no interfieren con el uso de la inteligencia. - Son controlables a voluntad, claras y explicables <p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temor • Tristeza • Preocupación/tensión • Molestia/frustración
Emociones irracionales positivas	Emociones irracionales negativas
<p>Aun cuando son placenteras y pueden provocar un alto nivel de satisfacción se consideran desadaptativas, porque impulsan sin control al hedonismo irracional, al placer inmediato, sin anticipación de las consecuencias negativas; son, incluso, más duraderas que el placer.</p> <p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasión • Apatía • Euforia 	<p>Constituyen excesos emocionales, displacenteros y dolorosos que se provocan al tener pensamientos irracionales (dramatizando, exagerando, catastrofizando), pensando que la realidad tiene la magnitud que le atribuimos en el pensamiento y que ésta es la causa del sufrimiento.</p> <p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miedo/pánico • Depresión • Angustia • Enojo/Ira

Tabla 1. Clasificación de las emociones

Dentro de la segunda posibilidad se encuentra Greenberg y Paivio, quienes proponen que las emociones “positivas” y “negativas” se refieren al aspecto fenomenológico de la emoción (Greenberg y Paivio, 2000); es decir, nuestra vivencia global de la emoción como placentera o no placentera, en lugar de su función adaptativa, que es positiva por definición. Como se menciona anteriormente, las emociones vivenciadas positivamente son importantes cuando se trata de motivar la conducta a explorar. A diferencia con el pequeño número de emociones positivas, existe un amplio repertorio de emociones negativas que hemos desarrollado y aprendido como un modo de supervivencia ante situaciones aversivas.

En la tercera posibilidad se encuentra Darwin, que consideraba las emociones como excitantes o depresivas (Darwin, 1988). Esto es, cuando los órganos del cuerpo y de la mente ejecutan sus funciones de un modo más enérgico y rápido de lo usual, se dice que el hombre o el animal están excitados, y en el estado opuesto están deprimidos.

Sin embargo la clasificación bipolar no ha sido la única, otros autores, como Rice, clasifican a las emociones en tres categorías de acuerdo con su efecto y resultado, pudiéndose clasificar una misma emoción en diferentes categorías (Rice, 1997):

- 1.- Estados de júbilo. Son emociones positivas de afecto, amor, felicidad y placer que se desarrollan mediante la satisfacción de necesidades físicas y sociales.
- 2.- Estados inhibitorios. Son emociones que inhiben la conducta de la persona, como temor, espanto, preocupación, ansiedad, tristeza, vergüenza, arrepentimiento, culpa o disgusto.
- 3.- Estados hostiles. Son emociones que tienden a manifestarse a través de riñas, insultos o peleas, como el enojo, aborrecimiento, disgusto y celos; lo

negativo de tales estados radica principalmente en su forma de expresión²³.

²³ Op. cit.

4.- Estrategia metodológica (Actividades del Servicio Social)

A continuación se describirán los procedimientos y técnicas utilizadas en cada una de las actividades que se realizaron en el Servicio Social.

4.1.- Realizar pre-consultas

La pre-consulta se refiere al primer contacto que tiene el paciente con el prestador del servicio y actúa como una primera entrevista; se realiza con un formato estructurado de guías que cubren áreas predeterminadas y tiene una duración de 30-45 minutos.

Procedimientos

1º.- Se procede a llenar (por el prestador del Servicio Social) el documento llamado "Pre-consulta", que contiene: datos generales, familiograma, descripción del problema, estrategias de solución, áreas afectadas, tipo de canalización, problemas presentados en la sesión, soluciones adoptadas, firma del supervisor, programa al que pertenece y firma del entrevistador.

2º.- (Después de finalizar la entrevista) Se despide al paciente haciéndole saber que su solicitud tendrá una respuesta en un tiempo máximo de dos semanas.

3º.- Se hace entrega al supervisor de la pre-consulta con un posible diagnóstico.

Técnicas

La técnica que se utiliza en la pre-consulta (entrevista) sigue el enfoque cognitivo-conductual (Beck, 2000); pretende:

1. Crear confianza y rapport.
2. Normalizar las dificultades del paciente e inculcarle esperanza.
3. Controlar su estado de ánimo.
4. Identificar su problema (ideas irracionales).
5. Averiguar las expectativas del paciente respecto de su trastorno.

6. Hacer una síntesis.
7. Lograr una retroalimentación del paciente.

En algunos casos es necesario utilizar técnicas de relajación, ya que el paciente que acude por primera vez generalmente se encuentra con algún grado de preocupación que es generada por problemas emocionales; esa primera entrevista puede servir para bajar la ansiedad y/o canalizar hacia instituciones especializadas, según lo amerite el paciente.

4.2.- Evaluación diagnóstica

Otra actividad que se realiza durante el Servicio Social es la evaluación diagnóstica, que en el CSP forma parte importante del diagnóstico clínico integral. Los instrumentos de evaluación allí empleados son:

- De Depresión (Beck y cols., 1979).
- De Ansiedad (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988).
- Inventario de Habilidades Sociales (Goldstein, Soprafkin y Gershaw, 1990).
- Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (Hathaway y McKinley, 1995; adaptado al español por Lucio Gómez Maqueo, Emilia, 2003).

Estas pruebas arrojan datos importantes del paciente: estado depresivo, ansioso, así como rasgos de personalidad, la capacidad de resolver problemas y las habilidades sociales con las que éste cuenta; para poder realizar esta actividad es necesario contar con conocimientos específicos acerca de las evaluaciones, ya que formará parte del diagnóstico total.

Procedimiento

Es importante mencionar que no todos los pacientes se evalúan por motivo de

preconsulta, sino solamente los pacientes que a consideración de los residentes de medicina conductual lo requieren.

Además, existe otro criterio para evaluación: la que hace el terapeuta que atiende individualmente a un paciente, ya que dentro de la problemática surgen hipótesis, en donde un instrumento puede ayudar a confirmar el diagnóstico.

Una vez realizada la evaluación psicológica se cita al paciente para canalización (según los resultados obtenidos).

Técnica

La interpretación de los instrumentos se hace bajo los criterios establecidos por los autores de los instrumentos; después, se integran en un reporte con los valores encontrados y se entregan al residente de medicina conductual.

4.3.- Participación como observadora (co-terapeuta) en la terapia de apoyo individual con enfoque cognitivo-conductual.

Durante el desarrollo del Servicio Social se tiene la oportunidad de observar algunos procedimientos que se realizan para atender terapéuticamente a un paciente. A continuación se mencionan algunos de los procedimientos, basados en modelos cognitivos-conductuales de varios autores:

Procedimiento

Castro y Ángel, (en Caballo, 1998) proponen:

1º Medios de obtención de información.

Entrevistas estructuradas.

Cuestionarios.

Autoregistros.

Observación conductual.

2º Etapas en el procedimiento de la formulación clínica.

Contexto de la formulación clínica (entrevista inicial).

Metodología de la formulación clínica.

Etapa 1. Descripción del motivo inicial de consulta

En la etapa inicial se trata de reunir información general sobre el motivo de consulta y las condiciones personales y contextuales del paciente. Esta etapa proporciona los primeros indicios para que el terapeuta se pueda ubicar, respecto tanto de los objetivos y expectativas del paciente como de las condiciones personales y ambientales dentro de las cuales se va a desarrollar el trabajo profesional (Castro y Ángel, en Caballo, 1998).

Etapa 2. Información general, personal y contexto

Una vez descritas las características y niveles de motivo de consulta, es necesario obtener información contextual sobre las condiciones individuales y ambientales, de tal forma que dicho motivo de consulta ya se puede enmarcar dentro del entorno de la persona. Por lo general, se le explica al paciente la importancia de tener más información sobre él y su ambiente. Esta información es fundamental para generar hipótesis²⁴.

Etapa 3. Análisis histórico

Ante de iniciar la etapa de formulación, es necesario reunir información sobre la historia de la persona con el objeto de identificar fuentes de influencia, factores de adquisición y de condicionamiento, factores de predisposición y, en general, la forma en la que acontecimientos históricos significativos tienen influencia en la situación actual del paciente²⁵.

²⁴ Op. cit.

²⁵ Ibidem.

Etapa 4. Introducción a la formulación (análisis funcional)

Una vez identificados los motivos de consulta en las diversas áreas, es necesario proceder al establecimiento de relaciones funcionales entre los elementos identificados²⁶.

Etapa 5. Integración de la formulación por procesos

Ya en esta etapa se ha reunido información necesaria para poder integrar todos los datos. El objetivo de esta etapa es resumir e integrar los datos obtenidos en las diversas áreas de análisis que sirvan de base para la planificación del tratamiento²⁷.

Etapa 6. Establecimiento del plan de tratamiento

El siguiente paso, una vez especificados los procedimientos, consiste en establecer relaciones con los procedimientos de intervención. De acuerdo con este modelo, cualquier programa de intervención debe derivarse directamente de la formulación clínica. En el caso en que un procedimiento de tratamiento no produzca los resultados esperados, es decir, que no se cumplan las predicciones, inmediatamente hay que completar o revisar la formulación clínica, de tal manera que dé lugar a un nuevo esquema de tratamiento²⁸.

Judith Beck (2000) propone que:

Las terapias que se derivan de su modelo parten de un tratamiento que se basa en la formulación cognitiva de un trastorno específico y su aplicación a la conceptualización o comprensión de cada paciente; el terapeuta busca un cambio

²⁶ Ibidem.

²⁷ Ibidem.

²⁸ Ibidem.

cognitivo para conseguir un cambio duradero en sus emociones y comportamiento; tiene los siguientes principios:

- 1.- La terapia cognitiva se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteada en términos cognitivos.
- 2.- La terapia cognitiva requiere de una sólida alianza terapéutica.
- 3.- La terapia cognitiva enfatiza la colaboración y la participación activa.
- 4.- La terapia cognitiva está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados.
- 5.- La terapia cognitiva inicialmente destaca el presente.
- 6.- La terapia cognitiva es educativa y tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y poner énfasis en la prevención de las recaídas.
- 7.- La terapia cognitiva tiende a ser limitada en el tiempo.
- 8.- Las sesiones de la terapia cognitiva son estructuradas.
- 9.- La terapia cognitiva ayuda a los pacientes a identificar y a evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y actuar en consecuencia.
- 10.- La terapia cognitiva se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta.

Técnicas

La terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo, que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones (Beck, 1964; Ellis, 1962). A continuación se mencionan algunas técnicas cognitivas, emotivas y conductuales:

Cognitivas

- 1.- Detección. Consiste en buscar las creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras.

- 2.- Refutación. Consiste en una serie de preguntas que el terapeuta emplea para contrastar las creencias irracionales (y que posteriormente puede emplear el paciente). Éstas suelen ser del tipo: “¿Qué evidencia tiene para mantener qué?”, “¿Dónde está escrito que eso sea así?”, “¿Por qué sería eso el fin del mundo?”, etc.
- 3.- Discriminación. El terapeuta enseña al paciente, mediante ejemplos, la diferencia entre las creencias racionales e irracionales.
- 4.- Tareas cognitivas para casa. Se utilizan con profusión los autorregistros de eventos con guías de refutación.
- 5.- Definición. Se enseña al paciente a utilizar el lenguaje de manera más racional y correcta (por ej., en vez de decir “no puedo”, decir “todavía no puedo”).

Emotivas

- 1.- Uso de la aceptación incondicional con el paciente. Se acepta al paciente a pesar de lo negativa que sea su conducta como base o modelo de su propia autoaceptación.
- 2.- Métodos humorísticos. Con ellos se anima a los pacientes a descentrarse de su vida extremadamente dramática de los hechos.
- 3.- Autodescubrimiento. El terapeuta puede mostrar que él también es humano y ha tenido problemas similares a los del paciente, para así fomentar un acercamiento y modelado superador, aunque imperfecto.
- 4.- Uso del modelado vicario. Se emplean historias, leyendas, parábolas, etc., para mostrar las creencias irracionales y su modificación.
- 5.- Inversión del rol racional. Se pide al paciente que adopte y represente el papel de uso de la creencia racional en una situación simulada para comprobar así sus nuevos efectos.
- 6.- Ejercicios de ataque a la vergüenza.
- 7.- Ejercicios de riesgo.

Conductuales

- 1.- Tareas para casa, del tipo “exposición a situaciones evitadas”.
- 2.- Técnica de “quedarse allí”, en la que se anima al paciente a recordar hechos incómodos y la manera de tolerarlos.
- 3.- Ejercicios de “no demorar tareas”.
- 4.- Uso de recompensas y castigos. Anima al paciente a reforzar sus afrontamientos racionales y a castigar sus conductas irracionales.
- 5.- Entrenamiento en habilidades sociales, especialmente en asertividad.

4.4.- Elaboración e impartición de talleres

El taller es una técnica didáctica conocida como enseñanza o trabajo de grupo, que consiste en el estudio detallado de un tema por parte de un grupo coordinado por un instructor. La riqueza de esta técnica es el aprendizaje a través de la experiencia de otros; alcanza objetivos a nivel cognoscitivo, a nivel de análisis y también de evaluación; es útil, sobre todo en grupos pequeños, aunque también se puede usar en grupos grandes, con el riesgo de que el tiempo no sea suficiente para la contribución de todos los participantes. El tiempo de duración es variable, según el tema a tratar; los recursos pueden ser tanto de tecnología simple como de tecnología compleja (Mercado y Figueroa, 1995).

Para el desarrollo de un taller, existen dos fases a considerar:

1ª Fase de planeación (del tema, objetivos, formas de presentación, selección del material, número de participantes, etc.)

2ª Fase de ejecución (fase simulada antes de la intervención), con la finalidad de observar cómo van a funcionar los tiempos, materiales, equipos, etc.

Procedimiento

Dentro de las actividades que se realizaron en el Servicio Social se tuvo la

posibilidad de realizar el taller que sirvió como aportación al CSP; dicho taller se planeó con una lista “checable”²⁹ que se proporcionó en dicho Centro (los detalles se describen en el apartado que describe el taller de Duelo).

4.5.- Descripción de los resultados de las actividades del Servicio Social

El total de actividades realizadas durante el período de seis meses del Servicio Social se observan en la Tabla 2.

Actividades	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Total
Curso de inducción al CSP	1									20 hrs.
Preconsulta	22	5	23	20	22	18	18	18	5	151
Evaluación Dx			3	2	5	1	1	3	2	17
Co-terapia individual (horas)			18 hrs.	15 hrs.	26 hrs.	30 hrs.		13 hrs.	18 hrs.	120 hrs.
Impartición de talleres			1					1		2
Otras (Asistencia a Congreso de Psicología)				1						1

Tabla 2. Total de Actividades del Servicio Social (Junio/2006 a Febrero/2007)

²⁹ Ver Anexo 2

La descripción de los resultados de todas las actividades se presentan a continuación:

❖ Curso de inducción al CSP

El “Curso de inducción” estuvo dirigido a terapeutas de recién ingreso al CSP y alumnos que realizaron el Servicio Social, y lo impartió la Dra. Andrómeda Valencia. La fecha de inicio fue el día 26 de junio y concluyó el 11 de agosto; su duración fue de tres semanas, con un total de 15 sesiones y 40 hrs. Las sesiones (10) de las dos primeras semanas duraron dos horas, para un total de 20, mientras que las 5 en la última semana duraron cuatro horas, para sumar un total de 20 también. El contenido del taller se dividió en dos áreas; la primera, relacionada con aspectos clínicos, abordó:

- Sesión 1. Concepto y características de la enfermedad.
- Sesión 2. Sistema Nervioso Central.
- Sesión 3. Alimentación.
- Sesión 4. Salud Mental.
- Sesión 5. Estrés.
- Sesión 6. Trastornos de ansiedad.
- Sesión 7. Trastornos afectivos.
- Sesión 8. Trastornos neuro-degenerativos.
- Sesión 9. Trastornos de la conducta alimentaria.
- Sesión 10. Actividad física y recreación.
- Sesión 11, 12 y 13. Estrategias de intervención.
- Sesión 14 y 15. Información del CSP.

Al final se realizaron evaluaciones del curso.

❖ Preconsultas

El total de preconsultas realizadas fue de 151; éstas se realizaron

aproximadamente a razón de una diaria, durante 6 meses.

❖ Evaluaciones

El total de evaluaciones fue de 17:

5 de Depresión (Beck y cols., 1979).

5 de Ansiedad (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988).

3 de Inventario de Habilidades Sociales (Goldstein, Soprafkin y Gershaw, 1990).

4 del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota - 2 (Hathaway y McKinley, 1995; adaptado al español por Lucio Gómez Maqueo, Emilia. 2003).

❖ Co-terapia individual (observadora)

A partir del mes de agosto en el Servicio Social, se dio la capacitación como co-terapeuta, observando un total de 120 hrs. de sesiones terapéuticas.

La riqueza de esta actividad fue la de participar con los residentes de medicina conductual en la elaboración de la formulación de los casos clínicos, así como la aplicación de las evaluaciones antes mencionadas.

❖ Impartición de taller

El taller se impartió en dos ocasiones de 8 sesiones por taller; la primera en los meses de agosto-septiembre y la otra en los meses de enero-febrero, para un total de 32 hrs.

❖ Participación en el Congreso Mexicano de Psicología

Durante el mes de septiembre (2006) se colaboró en la elaboración de un cartel que se presentó en el Congreso Mexicano de Psicología, llevado a cabo en Puerto Vallarta, Jalisco (del 27 al 29 de septiembre de 2006). El tema del cartel y la

ponencia fue sobre “Entrenamiento en autoestima y solución de problemas: dos componentes de las estrategias de prevención y mantenimiento de la salud mental”.

5.- Propuesta: taller “Manejo de duelo desde la aproximación cognitivo-conductual -Terapia Racional Emotiva Conductual-”

5.1.- Planteamiento del problema

¿Se requiere de un programa de intervención (taller) para personas que se encuentran en un proceso de duelo?

5.2.- Objetivo general

Proponer un taller que ayude a la elaboración del duelo a personas que hayan perdido a un ser querido.

Objetivos específicos

Se pretende que los participantes sean capaces de:

- Actualizar y aceptar la pérdida, al hablar acerca de ésta y las circunstancias que la rodean (apertura del proceso).
- Identificar y expresar los sentimientos (emociones) relacionados con la pérdida (actualización de expresiones emocionales: rabia, culpa, ansiedad, tristeza).
- Identificar las actitudes frente al duelo.
- Identificar las ideas irracionales de acuerdo al modelo de la Terapia Racional Emotiva Conductual (ABC)
- Integrar los conocimientos acerca de las emociones actitudes e ideas irracionales con respecto a los asuntos pendientes que se tienen con la persona fallecida.

- Reorganizar/reestructurar sus vidas, al promover la independencia emocional del fallecido/ausente y establecer nuevas relaciones y cambios en la vida por propia decisión.

5.3.- Justificación

Durante la realización del Servicio Social en el CSP se detectó que había personas que acudían al centro para resolver problemáticas emocionales que estaban experimentando a partir de la muerte de un ser querido.

El común de las personas no sabe que, después de una pérdida y de manera natural, sobrevendrán una serie de reacciones y que a este proceso se le llama duelo.

El doliente necesita expresar sus angustias y temores, por lo que es necesario promover grupos y espacios en los que se facilite el manejo de su problemática. Dentro de ese espacio se puede lograr que los afectados conozcan las reacciones tanto físicas (pesadillas, pérdida de apetito, taquicardia, insomnio, etc.) como emocionales (culpa, enojo, tristeza, etc.) y psicológicas (pensamientos negativos, ideas irracionales, etc.) inherentes al proceso de duelo. En compañía de otros con afectaciones similares, se puede aprender que el duelo es un proceso que implica distintas etapas y que incluye conocimientos generales de la muerte del ser querido.

El Centro (CSP) ya contaba con un programa de resolución de duelo; sin embargo, la inquietud era aplicar las técnicas y el modelo de la Terapia Racional Emotiva Conductual.

5.4.- Método

Sujetos

Este taller estuvo dirigido a personas que perdieron a un ser querido, y que solicitaron ayuda en el CSP; se entrevistó a 20 personas, las cuales accedieron a

participar de manera libre.

Escenario

Lugar de realización: Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (Facultad de Psicología, UNAM).

Instrumentos

El primer instrumento que se requiere es la entrevista semiestructurada formada por la ficha de identificación del solicitante y datos generales de la problemática (Preconsulta); el segundo es el BID (cuestionario “Breve Inventario de Duelo”); por último, el cuestionario de la “Evaluación del Taller”.

Duración

8 sesiones; una por semana; los jueves de 5 p. m. a 7 p. m.

5.5.- Procedimiento

La realización de la propuesta del taller “Manejo de duelo desde la aproximación cognitivo-conductual -Terapia Racional Emotiva Conductual-” tuvo una metodología requerida para investigaciones documentales.

El primer paso fue la búsqueda de material bibliográfico, para lo cual se recurrió a libros, tesis, documentación de internet, así como artículos en la biblioteca de la Facultad de Psicología.

Una vez que se recopiló la información se seleccionó, analizó y organizó.

El siguiente paso consistió en la planeación del taller (con una lista “checable” que proporcionó el CSP y que contiene paso a paso los requisitos para la elaboración de un taller)³⁰

Cumplidos los requisitos de la lista checable se procedió a la revisión de este material con la supervisora del CPS (Lic. Rebeca Sánchez M.) para su aprobación.

³⁰ Ver Anexo 2.

Es importante resaltar que la elaboración de las cartas descriptivas fue un trabajo arduo que requirió de múltiples supervisiones, ya que la experiencia en esta actividad era nueva, aunque la elección de los temas, estrategias, técnicas y procedimientos ya estaba definida. El manejo de las sesiones se dejó a consideración del instructor, ya que en un proceso de duelo el estado emocional del paciente podía ser variable; es decir, la muestra de los individuos participantes era variada en cuanto al tiempo de la pérdida de su ser querido y no se sabía la etapa de duelo por la que éste estaba pasando (ya que los datos de la primera entrevista -preconsulta- no es específica para este fin).

Se acordó la fecha de inicio y término del taller.

Por vía telefónica se comunicó a los participantes la invitación al taller, explicando el número de sesiones, lugar de la realización, costo y horario.

Sesión	Nombre de la sesión	Tema
1	Expresión de la pérdida (Duelo)	- Pre-evaluación (BID) - Integración y sensibilización grupal - Definición, etapas de duelo y tipos de pérdidas
2	Emociones	- Identificar emociones ante el duelo
3	Actitudes por la pérdida (ante el duelo)	- Identificar actitudes ante el duelo
4	Ideas irracionales	- Identificar el modelo ABC de la Terapia Racional Emotiva Conductual ante el duelo
5	Proyectos pendientes	- Integración de los conocimientos: emociones, actitudes, e ideas irracionales, para resolver asuntos pendientes frente al duelo.
6	Descubrir nuevo sentido de vida	- Adaptación al medio, después de la pérdida del ser querido.
7	La familia como red de apoyo	- Mantener a la familia como una red funcional de apoyo ante la pérdida del ser querido.
8	Despedida	- Post evaluación BID - Evaluación Taller - Cierre del taller

Tabla 3. Esquema del taller propuesto.

Para describir lo ocurrido en el desarrollo del taller se emplean las principales fases del método clínico; es decir, se aborda el problema desde su diagnóstico, evaluación e intervención.

1ª Fase: Diagnóstico

A través de la preconsulta, que es la entrevista que se realiza a las personas que solicitan atención psicológica en el CSP y conforma la primera etapa que lo permite, se amplía la información de la persona que pide ayuda para resolver la problemática acerca de la pérdida física de un ser querido y se asienta en la hoja de solicitud. La información que recibe el psicólogo que realiza la entrevista, la anota en el formato correspondiente, mismo que permitirá una aproximación diagnóstica y su inclusión en la intervención por medio del taller³¹.

2ª Fase: Evaluación

Es importante mencionar que durante la búsqueda bibliográfica de instrumentos para evaluar el duelo, y que resultó difícil, se encontró uno creado por el Dr. José Montoya Carrasquilla³², originario de Colombia, quien desde el año 2003 se encuentra haciendo investigaciones sobre el duelo.

El BID³³ (Breve Inventario del Duelo) es una escala cuyo objetivo es evaluar la fase del proceso de duelo predominante en la que una persona se encuentra en el momento que solicita la ayuda de un profesional, así como también permite dar un seguimiento del proceso hasta su resolución. Es importante mencionar que el BID se utilizó en la propuesta del taller para evaluar también el estado emocional del doliente.

³¹ Ver Anexo 3.

³² Montoya, C., (*BID*) *Breve Inventario del Duelo* en <http://www.homestead.com/montedeoya/teoricos001.html>

³³ Ver Anexo 4.

La información que proporciona el BID contiene reactivos que hacen referencia a síntomas físicos, emocionales y afectivos que se presentan durante el proceso de duelo.

Este inventario consta de 22 reactivos. Las respuestas van en una escala de 0 a 3, donde el cero equivale a nada (en lo absoluto), y el 3 es igual a mucho. El creador de este Inventario (J. Montoya Carrasquilla) divide los ítems para saber en qué fase se encuentra el doliente (según el modelo creado por el mismo autor). Los reactivos del 1 al 5 corresponden a la primera fase del duelo (aflicción aguda); los reactivos del 6 al 11 pertenecen a la segunda fase (conciencia de la pérdida); los reactivos del 12 al 15 responden a la tercera fase (conservación o aislamiento); los reactivos del 16 al 19 refieren la cuarta fase (cicatrización); finalmente, la quinta fase (renovación) corresponde a los reactivos del 20 al 22.

La calificación es muy sencilla: las puntuaciones obtenidas en cada reactivo se suman. Así, la puntuación mayor obtenida sobre la fase de duelo respectiva representa la fase predominante (así como la situación física, emocional y afectiva) en el doliente.

Otro instrumento de evaluación se aplicó al final del taller; contiene preguntas abiertas y semiestructuradas para conocer la satisfacción y sugerencias del taller³⁴.

3ª Fase: Intervención

A continuación se describen las ocho sesiones del taller que sirvieron para la intervención en las personas que se encontraban en proceso de duelo, así como las estrategias de intervención.

Estrategias Potenciales de Intervención.

1.- Reestructuración cognitiva -TREC- (Ellis).

³⁴ Ver Anexo 5.

2.- Técnicas aplicables para la elaboración de duelo (Worden, en López y Rodríguez, 2005).

2.1.- Lenguaje evocador. El profesional puede usar palabras duras que evoquen sentimientos, por ej.: “Tu hijo murió”. Este lenguaje permite al doliente aceptar la realidad que rodea a la pérdida y puede influir para que los sentimientos dolorosos fluyan. También es funcional hablar del fallecido en pasado (“Su marido era”).

2.2.- Uso de símbolos. Se le pide al doliente que traiga fotos del fallecido, cartas escritas por él, cintas de casete o de video, artículos de joyería y/o ropa; esto con la finalidad de que el profesional tenga una idea más clara del fallecido y permita una sensación de inmediatez y un enfoque concreto para hablar del fallecido en vez de hablar del doliente.

2.3.- Escribir. Pedirle al doliente que escriba una o varias cartas al fallecido manifestando sus sentimientos y pensamientos. Esta actividad le podrá ayudar a arreglar los asuntos pendientes y poder expresar lo que no pudo decirle. También se sugiere llevar un diario, en donde se escribirán las experiencias y dolencias del duelo. Otra variante que se puede pedir al doliente es que haga poesía u otros usos, con la misma escritura.

2.4.- Dibujar. Hacer que el doliente dibuje, y por medio de esta actividad refleje lo que siente en su proceso de duelo.

2.5.- Imaginación guiada. Se le puede ayudar al doliente sugiriendole que imagine al fallecido, ya sea con los ojos cerrados o visualizando su presencia en una silla vacía, y que se aliente al doliente para decir lo que siente respecto del fallecido. El poder de esta actividad es que “se puede hablar con la persona” en lugar de “hablar de la persona”.

2.6.- El libro de recuerdos. En esta actividad se le pide a la familia que haga un libro de recuerdos sobre el fallecido. Este libro puede contener anécdotas o historias de acontecimientos de la familia con el fallecido. Se puede incluir en él dibujos que hagan los niños, fotografías, escritos memorables o pensamientos que haya dejado el fallecido o los que hagan los mismos deudos. Este libro lo podrán revisar las veces que quieran.

Sesión 1: Expresión de la pérdida (Duelo)

*“La muerte no nos roba los seres amados. Al contrario, nos los guarda y nos los inmortaliza en el recuerdo.
La vida sí que nos los roba muchas veces y definitivamente”
François Mauriac*

Tema:

Evaluación del estado emocional e identificación de etapa de duelo (con el BID).

Integración y sensibilización grupal.

Definición, etapas de duelo y tipos de pérdidas.

Objetivo general:

- Ayudar a la expresión de la pérdida (Duelo).

Objetivos específicos:

- Establecer compromisos en el grupo (de asistencia, confidencialidad, prudencia en el tiempo otorgado para hablar sobre la pérdida -con la finalidad de que todos tengan la oportunidad de hablar-, de no hacer juicios sobre las experiencias u opiniones de los demás).
- A través de la experiencia vivencial, establecer un sentido de integración dentro del grupo.
- Desarrollar seguridad para expresar sus emociones.
- Empatizar con las emociones del otro.
- Conocer diferentes definiciones de duelo, etapas y tipos de pérdidas.

Material:

- BID, Cuestionario de pre-evaluación.
- Salón con sillas adecuadas, iluminado, sin ruidos.
- Rotafolios, pizarrón, proyector de diapositivas, lápices y colores.
- Caja de pañuelos desechables.
- Reproductor de música.
- Disco “Classical music for Yoga”, de Meter Davinson.

Actividad Teórica:

El facilitador, auxiliándose de las diapositivas, presentará las diferentes definiciones de duelo, etapas y tipos de pérdida. (Ver Apartado 3.1 “Duelo”).

Descripción de la actividad vivencial:

- Se pide a los participantes llenar el cuestionario BID (pre-evaluación).
- Se establece el contrato del taller (puntualidad, respeto entre los integrantes, promesa de acudir a todas las sesiones, etc.)

Técnicas: “Escuchar al otro” y “Romper el hielo”

- El facilitador se presenta y solicita a los participantes que se presenten, mencionando:
 1. Su nombre.
 2. Ocupación.
 3. Situación familiar.
 4. Expectativas del taller.
 5. Nombre del difunto y su parentesco.
- Una vez que todos concluyan, el terapeuta pedirá que un participante recuerde los datos de otro, hasta que todos aprendan el nombre y su situación, de forma general.
- El facilitador pedirá que algún participante exteriorice sobre el fallecimiento del ser querido, solicitando que lo haga de manera detallada, de forma voluntaria, sin imponer la secuencia ni la participación. Se asignará un tiempo apropiado para cada uno, permitiendo que se den detalles de la muerte de la persona fallecida, así como sus datos.

Técnica: “Relajación”

El objetivo de la aplicación de una técnica de relajación es disminuir la tensión que se pudo haber generado al expresar sentimientos negativos dentro de un grupo que todavía no se conoce bien; al mismo tiempo, servirá para que cada

persona, de manera individual, reflexione sobre su situación y se prepare para afrontarla.

Se solicita cerrar los ojos, respirar profundamente y dejarse “llevar” por las suaves notas de una melodía.

Técnica: “Exposición” y “Lluvia de ideas”.

- El facilitador pedirá a los participantes que participen sobre ¿Qué es el duelo? y si conocen sus etapas.
- Se procederá a explicar el marco teórico del taller: duelo (etapas) y tipos de pérdidas que existen (físicas y emocionales).

Cierre de la sesión:

- El facilitador pedirá que se lleve a cabo una conclusión y evaluación de la sesión, permitiendo que los participantes expongan las dudas surgidas o comentarios.
- Tarea. Se solicita a los participantes traer una fotografía del difunto para la siguiente sesión.

Sesión 2: Emociones

“Que tus futuras alegrías no maten mi recuerdo...pero que mi recuerdo no tampoco tus futuras alegrías”.

Foro “Vivir la pérdida”

Tema:

Identificación y expresión de las emociones relacionadas con el duelo.

Objetivo general:

- Conocer la definición, origen y teorías acerca de las emociones.

Objetivos específicos:

- Reconocer en sí mismos, las diferentes emociones, sensaciones y pensamientos generados por una pérdida.
- Hacer conscientes “los sentimientos ocultos” relacionados con la pérdida.

Material:

- Salón con sillas adecuadas, iluminado, sin ruidos.
- Rotafolios, pizarrón, proyector de diapositivas.
- Reproductor de música.
- Música de relajación con temas de “Sonidos de la naturaleza”.
- Fotografía del fallecido.

Actividad teórica:

Técnica: “Lluvia de ideas”

- Se reafirma el conocimiento de las etapas de duelo.
- El facilitador, por medio de la técnica de lluvia de ideas, pregunta: ¿Qué son las emociones?
- Construcción del marco teórico (terapeuta y grupo).

- El facilitador, auxiliándose de las diapositivas, presentará la definición, origen, teorías y clasificación de las emociones (ver apartado 3.3 “Emociones”).

Descripción de la actividad vivencial:

Técnicas: “Empatía” y “Relajación”

- Se pide al doliente que muestre la fotografía del difunto y explique al grupo todo lo que quiera decir acerca de él o ella (historia del fallecido).
- Se solicita la verbalización de las emociones involucradas en el duelo, una vez que ya se reconocen (por el marco teórico expuesto en la primera parte de la sesión); se proporciona una hoja que se dividirá en dos partes: la primera parte llevará como título “Etapa de mi duelo”, la segunda “Mis emociones”.
- El facilitador pide a los dolientes que expresen lo escrito en la hoja, reconociendo la etapa de duelo y las emociones; junto con sus compañeros reconocerán las emociones de todos, subrayando en las que coinciden.
- Se procede a la práctica de una técnica de relajación.

Cierre:

- El facilitador pedirá que se lleve a cabo una conclusión y evaluación de la sesión, permitiendo que los participantes expongan sus dudas o comentarios.
- Tarea. Se solicita traer una biografía escrita sobre el ser querido (fallecido) para la siguiente sesión.

Sesión 3: Actitudes

“Lo que importa no es lo que la vida te hace, sino lo que tú haces con lo que la vida te hace”

Edgar Jackson

Tema:

Identificación y expresión de las actitudes relacionadas con el duelo.

Objetivo general:

- Conocer la definición y teorías acerca de las actitudes.

Objetivos específicos:

- Reconocer en sí mismos las diferentes actitudes generadas por una pérdida.
- Hacer conscientes las actitudes que se han manifestado después de la pérdida.

Material:

- Salón con sillas adecuadas, iluminado, sin ruidos.
- Rotafolios, pizarrón, proyector de diapositivas, lápices y colores.
- Reproductor de música.
- Disco “Entre pena y gozo”, de Jaramar.
- Biografía del fallecido.

Actividad teórica:

Técnica: “Lluvia de ideas”

- Se reafirma el conocimiento de las etapas de duelo y las emociones.
- El facilitador, por medio de la técnica de lluvia de ideas, pregunta: ¿Qué son las actitudes?
- Construcción del marco teórico (sobre las actitudes).
- El facilitador, auxiliándose de las diapositivas, presentará la definición, origen, teorías y clasificación de las actitudes.

Descripción de la actividad vivencial:

Técnica: “Para el conocimiento”.

- Pedir al doliente que lea la biografía del difunto.
- Se solicita la verbalización de las actitudes que se identificaron en la biografía, después de haber expuesto el marco teórico, preguntando: ¿Qué piensas de tus actitudes?, ¿Qué haces frente a tus actitudes?

Técnica: “Relajación” (con música).

Cierre:

- El facilitador pedirá que se lleve a cabo una conclusión y evaluación de la sesión, permitiendo que los participantes expongan sus dudas o comentarios.

Sesión 4: Ideas irracionales

“Eres más consciente que antes de lo que es importante y lo que es trivial. Tu ser querido vivió, pero tú todavía estas vivo. ¡vale la pena esperar al futuro”.

Henry David Thoreau

Tema:

Identificación de las emociones, actitudes e ideas irracionales.

Objetivo General:

- Conocer el modelo ABC-DE

Objetivos específicos:

- Identificar las ideas irracionales del duelo.

Material:

- Salón con sillas adecuadas, iluminado, sin ruidos.
- Rotafolios, pizarrón, proyector de diapositivas, lápices y colores.
- Reproductor de música.
- Música relajante con tema de “Sonido de ballenas”.
- Caja de pañuelos desechables.

Actividad teórica:

Técnica: “Lluvia de ideas” y “Exposición”

- Se reafirma el conocimiento de las etapas de duelo, las emociones y las actitudes.
- Construcción del marco teórico (Terapia Racional Emotiva).
- El facilitador, auxiliándose de las diapositivas, presentará el modelo ABC,DE que maneja la Terapia Racional Emotiva, y también las ideas irracionales que se identifican en un proceso de duelo (ver apartado 3.1)

Descripción de la actividad vivencial:

Técnica: “Exposición”

- En el pizarrón se explica el modelo con ejemplos de los pensamientos irracionales, ante el duelo de las personas que quieran participar.

Ejemplo del modelo ABC, DE:

A: “La muerte de mi padre”

B: “Mi padre tomaba mucho; tenía problemas con su manera de beber. Si se hubiera cuidado no se habría muerto”.

“Siento culpa porque no le dije que lo quería; algunas veces le dije que se fuera de la casa”

C: “Siento coraje y culpa”

D: Es el debate de los pensamientos irracionales (se hace con ayuda del grupo, logrando modificar el pensamiento irracional. Por citar, alguno de los participantes menciona: “Tú no tienes la culpa de haber pensado que tu padre se fuera de la casa, pues cualquier persona que convive con una persona que ingiere alcohol con exceso se desespera, mi padre tiene ese problema y algunas veces he pensado lo mismo”).

E: Cambio de pensamiento irracional por uno racional (“Es cierto; mi desesperación estaba justificada y ahora entiendo que no fue mi culpa”)

Técnica: “Relajación” (con música)

Cierre:

- El facilitador pedirá que se lleve a cabo una conclusión y evaluación de la sesión, permitiendo que los participantes expongan sus dudas o comentarios.
- Tarea. Se solicita a los participantes para la próxima sesión traer anotadas las ideas irracionales detectadas en la sesión.

Sesión 5: Proyectos pendientes

“Lo que una vez disfrutamos, nunca lo perdemos. Todo lo que amamos profundamente se convierte en parte de nosotros mismos”.

Hellen Keller

Tema:

Integración de los conocimientos: emociones, actitudes e ideas irracionales.

Objetivo general:

- Identificar de forma integral las emociones, actitudes e ideas irracionales ante la pérdida del ser querido.

Objetivos específicos:

- Conocer el impacto emocional que provoca la pérdida de un ser querido, las actitudes e ideas irracionales que se generan y cómo se pueden modificar.

Material:

- Salón con sillas adecuadas, iluminado, sin ruidos.
- Rotafolios, pizarrón, proyector de diapositivas.
- Documento de las ideas irracionales detectadas (tarea).
- Reproductor de música.
- Disco con “Réquiem”, de Mozart.
- Caja de pañuelos desechables.

Actividad Teórica:

Técnica: “Exposición”

- El facilitador expone en el pizarrón los casos de las pérdidas de los participantes, utilizando el modelo ABC-DE para identificar ideas irracionales.

Descripción de la actividad vivencial:

Técnica: “Exposición” y “Conocimiento”

- La primera hora de la sesión se utiliza para trabajar las ideas irracionales. Este procedimiento se realiza en el pizarrón; los participantes actúan espontáneamente, identificando los pensamientos, emociones y actitudes negativos (se utiliza el documento que se pidió de tarea).
- Se solicita a los participantes que caminan en círculo, viéndose a los ojos y tratando de saludar a sus compañeros con una sonrisa.
- Después, en la siguiente hora, el terapeuta colocará las sillas en forma de herradura y en la abertura de la herradura pondrá una mesa con una sábana blanca. Una vez que los participantes tomen asiento, dará las siguientes instrucciones: “En la siguiente hoja escribirán una carta dirigida a su ser querido, en donde ustedes podrán expresarle en tiempo presente lo que no pudieron manifestarle cuando él (o ella) se encontraba compartiendo su vida. Después, de manera espontánea y poniéndose de pie en dirección a la mesa, leerán las cartas”. Toda esta actividad se acompaña de música de fondo.

Cierre de la sesión:

- El facilitador pedirá que se lleve a cabo una conclusión y evaluación de la sesión, permitiendo que los participantes expongan sus dudas o comentarios.

Sesión 6: Descubrir nuevo sentido de vida

“Amar al otro es renunciar a poseerlo, incluso muerto; renunciar a que vuelva, descubrir que sigue estando ahí, en un silencio que ya no nos causa pavor, en un desierto que se hace acogedor de lo más valioso que tenemos, lo esencial de lo que permanece cuando ya no se puede nada”.

Jean Yves Leloup

Tema:

Adaptación al medio, después de la pérdida del ser querido.

Objetivo general:

- Reflexionar el sentido de la vida después de la pérdida.

Objetivos específicos:

- Lograr que el grupo se retroalimente descubriendo un nuevo sentido en sus vidas.
- Reflexionar (por medio de la lectura “Instantes”, de Jorge Luis Borges) sobre la importancia de estar vivos.

Material:

- Salón con sillas adecuadas, iluminado, sin ruidos.
- Pizarrón, proyector de diapositivas.
- Caja de pañuelos desechables.
- Reproductor de música.
- Escrito “Instantes” de Jorge Luis Borges.
- Disco de Mercedes Sosa con el tema “Gracias a la vida”, de Violeta Parra.

Actividad teórica:

- Una vez que se han revisado en sesiones anteriores las ideas irracionales, emociones y actitudes frente al duelo, el facilitador expondrá la adaptación que el doliente puede lograr en su medio ambiente después de la pérdida de su ser querido.

Descripción de la actividad vivencial:

Técnica: “Exposición”

- Se le pide a los dolientes que expongan cómo han logrado adaptarse a la vida cotidiana después de la pérdida.
- Terminada la exposición se les pide leer el poema “Instantes”, de Jorge Luís Borges, solicitando que reflexionen y comenten (de forma espontánea) sus ideas al grupo.
- Después se reproduce la canción “Gracias a la vida”, de Violeta Parra.

Cierre de la sesión:

- El facilitador pide al grupo hacer una reflexión final.
- Tarea. Se solicita a los participantes que hagan una lista con los cambios que desean hacer en su vida y la lleven la siguiente sesión.

Sesión 7: La familia como red de apoyo

“Sólo sanamos de un dolor cuando lo padecemos plenamente”.

Will Rogers

Tema:

Mantener a la familia como una red funcional de apoyo ante la pérdida del ser querido.

Objetivo general:

- Conocer el estado emocional de la familia del doliente

Objetivos específicos:

- Fomentar la utilidad familiar.
- Meditar temas acerca de la muerte.
- Promover actitudes saludables en el hogar.
- Mantener los rituales.
- Impedir decisiones inadecuadas en el hogar.

Material:

- Salón con sillas adecuadas, iluminado, sin ruidos.
- Tarjetas tipo bibliográficas.
- Lápices, colores y hojas blancas.
- Reproductor de música.
- CD de Erick Satie con tema musical “Sarabandes”.

Descripción de la actividad teórica:

- El facilitador explicará la importancia de la familia como red de apoyo

Desarrollo y descripción de la actividad vivencial:

- Se le pide al grupo sentarse en sillas, formar un círculo y tomar de una caja una tarjeta con temas relacionados a la familia frente al duelo.

- Los participantes expondrán lo que piensan, de acuerdo a las siguientes preguntas (según el número de participantes):
 - 1.- ¿Cómo fomentarías la utilidad de la familia como red de apoyo para el proceso de duelo?
 - 2.- ¿Cómo podrías promover una cultura de la muerte?
 - 3.- ¿Cuáles podrían ser actitudes saludables en el hogar frente al duelo?
 - 4.- ¿Se puede hablar en familia de temas relacionados con el fallecimiento del ser querido?
 - 5.- ¿Cómo se pueden promover o mantener los rituales acerca de la muerte del ser querido?
- Después de la actividad anterior se les pide elaborar un dibujo de su familia, teniendo como fondo musical el tema “Sarabandes”, de Erick Satie.
- Se solicita a los participantes que expliquen su dibujo.

Cierre de la sesión:

- Se les pide a los participantes que hagan reflexiones de la sesión, en general.

Sesión 8: Despedida

“Lo que importa no es lo que la vida te hace, sino lo que tú haces con lo que la vida te hace”.

Edgar Jackson

Tema:

Cierre del taller

Objetivo general:

- Despedir el taller, haciendo una reflexión final de los temas tratados.

Objetivos específicos:

- Refrendar que los seres queridos fallecidos solamente murieron antes que nosotros.
- Despedirse de ellos, recordando todas las experiencias que tuvimos.
- Traer su recuerdo a voluntad y recordar que no se han ido definitivamente de nuestras vidas.
- Evaluación del taller.

Material:

- Cuestionario BID (post-evaluación)
- Cuestionario para evaluar la satisfacción y sugerencias del taller.
- Salón con sillas adecuadas, iluminado, sin ruidos.

Desarrollo y descripción de la actividad vivencial:

- El facilitador solicitará contestar el cuestionario BID (post-evaluación).
- El facilitador pedirá contestar el cuestionario para evaluar el taller.
- Después, se les solicita a los participantes que individualmente se despidan de su ser querido a solas, o compartiéndolo con los demás. Se reitera que esa despedida es importante como un paso para reconocer la pérdida; sin embargo, las técnicas de imaginación pueden traer el recuerdo de nuestro ser querido cuando nosotros lo deseemos.

Cierre de la sesión:

- El facilitador pedirá hacer una reflexión final del contenido del taller.

6.- Resultados obtenidos

El taller estuvo dirigido hacia personas que acudieron a solicitar ayuda al Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” cuyos motivos de consulta fueron “la pérdida de un ser querido”.

Se impartió el taller en dos ocasiones, con la participación de 20 pacientes (a los que en esta descripción se les llama “dolientes”); hubo 6 pacientes que sólo asistieron a la primera sesión, uno de los cuales permaneció la mitad de la sesión y se retiró.

La descripción de resultados se hará en dos partes: primero el impacto cuantitativo (en la que se analizan factores estadísticos) y después el impacto cualitativo (en la que se describen resultados por sesión, con testimonios de los participantes).

Impacto cuantitativo

Dentro de la aplicación del taller “Manejo de duelo desde la aproximación cognitivo-conductual -Terapia Racional Emotiva Conductual-”, basado en estrategias cognitivo-conductuales y en la Terapia Racional Emotiva Conductual, se incluyó la evaluación de las etapas de duelo de cada uno de los participantes, a fin de comprobar el impacto del taller en su situación emocional y a partir de un diseño pretest-postest. Inicialmente se muestran las características sociodemográficas de los participantes y, en segundo lugar, se incluye el análisis de las etapas del duelo antes y después del taller.

La aplicación del taller se llevó a cabo con 14 participantes, de los cuales 85.7% está representado por mujeres y el 14.3% restante por hombres. Por lo que respecta a la edad de los participantes, ésta se encuentra en un rango de 15-74 años, siendo la media de edad 38.7 años. Una de las variables que se consideró relevante para la descripción de la muestra, fue el tipo de pérdida que presentaba cada uno de los participantes; así, las pérdidas más significativas son las de los hijos, el padre y los hermanos (21.7%, respectivamente); la segunda pérdida más importante está representada por el fallecimiento de la madre o del esposo

(14.3%, respectivamente) y, por último se encuentra la pérdida de más de dos fallecimientos (7.1%) (Ver figura 1).

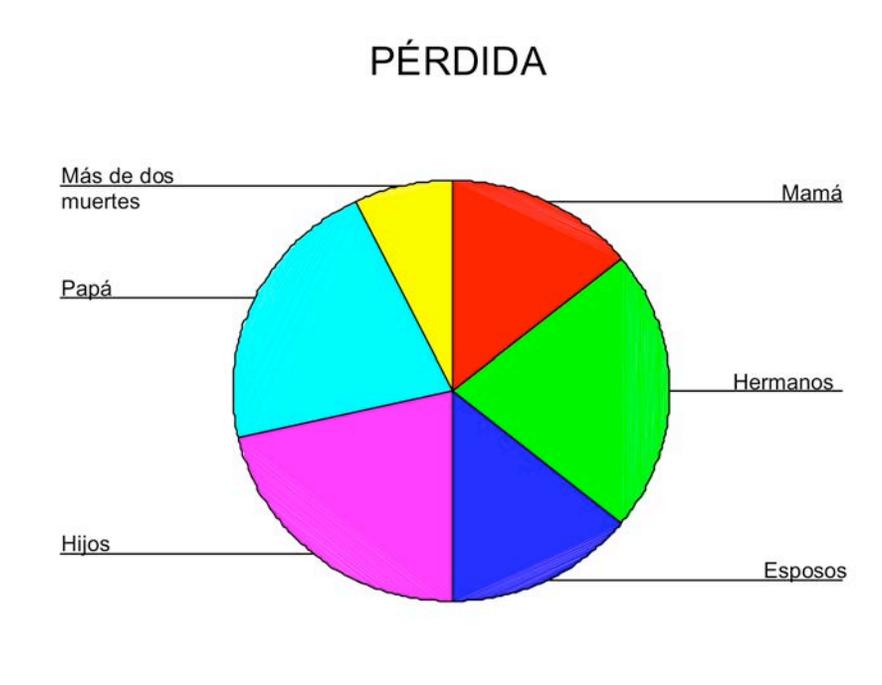


Figura 1. Tipo de pérdida de los participantes del taller “Manejo de duelo desde la aproximación cognitivo-conductual -Terapia Racional Emotiva Conductual-”

Para evaluar el impacto del taller “Manejo de duelo desde la aproximación cognitivo-conductual -Terapia Racional Emotiva Conductual-”, se tomaron en cuenta dos perspectivas importantes: por una parte se consideraron las cinco fases de duelo planteadas por Carrasquilla (2005) [a)aflicción, b)conciencia, c)aislamiento, d) cicatrización y e)renovación]. Adicionalmente, se consideraron los “datos” interpretados de los síntomas del duelo como variables dentro de tres categorías importantes [a) síntomas físicos, b) síntomas afectivos y c) síntomas emocionales]; es decir, alguna respuesta sobre un ítem (por ej., el No. 11, “Duermo mal”, se consideró como una variable que afecta al paciente como un “síntoma físico”; o el No. 1, “Me siento confuso/a y aturdido/a”, se consideró como

una variable que afecta como un “síntoma emocional”, etc.) se podía considerar como un síntoma físico, afectivo o emocional³⁵.

Para el análisis estadístico de estos resultados se utilizó la prueba de Wilcoxon. Para las fases del duelo, los resultados de la prueba Wilcoxon muestran que existen cambios significativos después de la aplicación del taller para el manejo del duelo, principalmente en las fases de aflicción ($Z = -3.309$, $p < 0.05$), conciencia ($Z = -3.309$, $p < 0.05$), aislamiento ($Z = -3.084$, $p < 0.05$) y renovación ($Z = -2.636$, $p < 0.05$) (Ver tabla 4)

Fase de duelo	Z	Significancia
Aflicción	-3.309	.001
Conciencia	-3.309	.001
Aislamiento	-3.084	.002
Cicatrización	-1.901	.057
Renovación	-2.636	.008

Tabla 4. Prueba de Wilcoxon de acuerdo a las fases del duelo

En cuanto a la evaluación del impacto del taller sobre los síntomas del duelo, los resultados de la prueba de Wilcoxon muestran que existen cambios significativos después de la aplicación del taller en los tres tipos de síntomas relacionados con el duelo. Por lo que respecta a los síntomas físicos, se obtuvo una $Z = -2.139$, $p < 0.05$; en tanto que para los síntomas afectivos, le corresponde una $Z = -3.302$, $p < 0.005$; por último, para los resultados relacionados con los síntomas emocionales, se obtuvo una $Z = -3.300$, $p < 0.05$

³⁵ Estas consideraciones, sin ser estandarizadas y como producto de la experiencia clínica, generan datos “adicionales” que son útiles para abordar las estrategias de intervención particulares de los dolientes.

Impacto cualitativo

En esta parte se hace una descripción detallada de lo observado con resultados por sesión. Aquí, es importante mencionar que los datos obtenidos sobre la situación emocional inicial del doliente se tomaron de las pre-consultas y la mención de los testimonios fue autorizada por los dolientes.

Sesión 1: Expresión de la pérdida (Duelo)

Esta sesión es muy importante, ya que es el primer contacto que se tiene con el grupo; fue un momento tenso por el tema (duelo), además de que los dolientes se sentían angustiados por no conocer el contenido del taller ni a los integrantes del grupo. Uno de los objetivos del facilitador fue disminuir la angustia, explicando los contenidos del taller, su duración, etc. Además, la dinámica de presentación del grupo ayudó a conocerse y se promovió la relación entre el facilitador y el grupo (rapport).

La sesión fue altamente emotiva, pues algunos dolientes narraron el acontecimiento (muerte de su ser querido) con detalle, aunque otros mostraron obstáculos para describirlo. Aquí, la habilidad del facilitador fue muy importante para promover tal narración (empatía con el doliente), lo que se pudo lograr utilizando estrategias diversas, tales como preguntas con un tono de voz adecuado, mostrando sensibilidad, etc.

En esta sesión la explicación teórica se realizó al final, porque lo más importante fue la expresión de la pérdida. El tiempo que se empleó para dar a conocer el marco teórico fue a criterio del facilitador, ya que algunos dolientes requirieron de mayor tiempo para expresar su pérdida (con un máximo de 15 mins.)

Los resultados en esta sesión fueron satisfactorios, en general. Sin embargo, algunos de los dolientes estuvieron grandemente deprimidos (y lo hicieron saber al grupo), mientras que otros expresaron sentirse “un poco aliviados” porque pudieron expresar sus sentimientos. Lo más importante en esta sesión es que los participantes se sintieron identificados con sus compañeros, pensando que no

son los únicos con estas emociones y se percibió una disposición para seguir acudiendo al taller.

Entre las reacciones predominantes que surgieron en esta intervención a través del discurso, se puede mencionar alguna representativa:

La de la paciente “A”, una doliente que ingresó al taller a un año de la muerte de su hijo mayor, ocurrida a los 25 años de edad y causada por lupus. El estado emocional de “A” estaba acompañado de sentimientos de culpa, irritabilidad y pensamientos irracionales del tipo: “Pude haber hecho más cosas por él y los resultados hubieran sido distintos”, “La vida no tiene sentido después de la pérdida de mi hijo”; asimismo, expresaba ella deseos de morir.

La narración de su pérdida la realizó de forma detallada, describiendo el inicio de la enfermedad de su hijo hasta la muerte, la cual ocurrió en un hospital de una institución pública; y esto se asienta porque algunas de las ideas o pensamientos irracionales que se pueden escuchar desde esta primera sesión es la de que “Los médicos no hicieron lo suficiente por salvar a mi hijo, ya que tienen muchos pacientes”.

El relato generó en “A” la posibilidad de reconstruir los hechos ante otros dolientes y eso le permitió mostrar sus emociones con toda libertad, dándose cuenta que estaba en un espacio exclusivo y adecuado para ello; es decir, un lugar donde se podía hablar de la muerte de su hijo, con tiempo suficiente para expresarlo, y sobre todo en un grupo que se encontraba en un similar proceso doloroso por la pérdida de algún ser querido. “A” expresó que había intentado otras formas de expresar su pérdida, sobre todo con familiares cercanos, pero que al final sólo le daban consejos diciéndole que ya no llorara porque su hijo “no descansaría en la vida eterna”.

Sesión 2: Emociones

El trabajo central de esta sesión son las emociones. La respuesta que se obtuvo al

explicarlas fue muy importante, pues algunos de los dolientes manifestaron que no conocían el origen de las emociones y les resultó importante enterarse de tal explicación fisiológica. Les permitió saber que una emoción se acompaña de manifestaciones variadas pero que es un proceso “normal”, por ejemplo: llorar, sentir taquicardia, sudoración de las manos, pérdida de la energía, ganas de dormir, pérdida del apetito, etc. La explicación teórica de las emociones permitió al doliente saber que hay estudios acerca de este tema y la presentación con diapositivas resultó interesante. En esta sesión los dolientes se interesaron mucho cuando se les mostró una imagen del cerebro explicando cuáles son las estructuras involucradas en las emociones (hipotálamo, amígdala, etc.); hubo preguntas del tema.

En la segunda parte de esta sesión se trabajó con la fotografía del ser querido (tarea); se les pidió que explicarán quién era tal persona, refiriéndose a sus actividades, la relación que tenían con ellos, etc., permitiendo que los compañeros del grupo conocieran al mismo tiempo al fallecido y al doliente; éste fue un momento importante porque el grupo se sensibilizó con la pérdida de los otros. Otro de los objetivos de mostrar la fotografía, además del relato, fue la identificación de las emociones involucradas en el duelo.

Uno de los datos importantes que se obtuvieron en esta sesión es la de saber que la mayoría del grupo identificó a la culpa como una de las emociones que se mencionan primero; después sería el enojo y al final la tristeza, con algunas variantes.

Entre las reacciones predominantes que surgieron en esta intervención a través del discurso, se puede mencionar alguna representativa:

La de la paciente “B”, que ingresó al taller a los dos meses de haber fallecido su esposo; la causa de la muerte fue un infarto al miocardio a los 54 años de edad. Al ingreso del taller la doliente expresó sentir tristeza, pérdida de energía, acompañadas de síntomas físicos como náuseas, vómito, mareos y pérdida del apetito. La doliente, antes de pedir ayuda psicológica, acudió con el médico; éste

le prescribió medicamentos antidepresivos. “B” manifestó que se sentía “como dormida”, a veces, y otras con mucho sueño, y que tal estado no le había permitido reflexionar sobre su situación, además de tener la necesidad de hablar acerca de su pérdida.

Durante un ejercicio que se realizó en la sesión la doliente declaró:

“Siento culpa por no haberlo trasladado a otro hospital donde pudieran salvarlo. A veces pienso que lo dejaron morir; siento enojo con Dios por habérmelo quitado, por no darme una lucecita para poder salvarlo; me siento deprimida, sin ganas de hacer nada; a veces siento ganas de dormir y ya no despertar”.

Sesión 3: Actitudes

Esta sesión permitió a los dolientes identificar las actitudes que habían tenido después de la pérdida de su ser querido, así como la que tenían frente a la vida. Este ejercicio de visualizar “el antes y el después” de las actitudes permitió conocer cómo el fallecimiento de su ser querido había dejado una huella emocional importante, pero también una reflexión de su relación personal con éste.

Desde una perspectiva más objetiva, en esta sesión los dolientes se dieron cuenta que las emociones van vinculadas con el pensamiento, generando las actitudes actuales que han estado ejerciendo a partir de la pérdida. Los dolientes aprendieron que las actitudes son formadas y que se pueden modificar; cayeron en la cuenta que algunas actitudes podrían modificarse para bien de ellos y de los que los rodean.

La utilización de una biografía fue una técnica importante, ya que el doliente revisó su mundo de significados y le permitió la reconstrucción de la relación con el ser que perdieron.

Entre las reacciones predominantes que surgieron en esta intervención a través del discurso, se puede mencionar alguna representativa:

La de la doliente “C”, que ingresó al taller por la muerte de su padre, ocurrida un año y tres meses antes; la causa de la muerte de su padre fue una cirrosis hepática. La paciente manifestó sentirse confundida, con culpa por los pensamientos que generó la muerte de su padre; pensaba que “debía” trabajar el duelo por su padre para sentirse mejor.

La doliente, durante un ejercicio que se realizó en la sesión, escribió:

“¡Hola, papito!, tengo tantas cosas que decirte que no sé por dónde empezar. Lo primero y más importante es que sepas cuánto te amo y la falta que me haces. A veces me siento muy sola y siento que todo se me viene abajo, pero a veces pienso que no puedo estar así toda la vida y quiero salir adelante por ti; eres mi motivación porque pienso en todo lo que hiciste para que siempre estuviera bien por darme lo mejor, y te estoy muy agradecida por todo, pero a la vez me siento mal porque te fuiste y no te pude decir todo lo que sentía; sé que yo no fui la mejor; me siento mal por haber sido tan grosera, por haberme peleado tantas veces contigo...”

Sesión 4: Ideas irracionales

El análisis reflexivo de los pensamientos se realizó a través del modelo ABC-DE de la Terapia Racional Emotiva Conductual, permitiendo una identificación de las ideas irracionales que los dolientes expresaban. Estas ideas habían permanecido a lo largo del proceso del duelo sin reflexión, pues los pensamientos, junto con las emociones, no habían sido identificados. El producto de dicha identificación fue un cambio de pensamiento y, por tanto, un cambio en las emociones.

La mayoría de los participantes logró identificar sus pensamientos irracionales; se trabajó con varios ejemplos a lo largo de la sesión. Aquí, el grupo resultó muy importante porque ayudó a identificar las ideas irracionales de sus compañeros.

En la sesión se comentó que las creencias se pueden cambiar; que ese cambio no va a suceder necesariamente con facilidad y que se requiere de un esfuerzo activo y persistente para reconocer y modificar tales creencias.

También, la discusión se centró en el argumento de que uno es el creador de sus emociones, por lo que es necesario explicitarlas, analizarlas y discutir las, y sustituir las auto-verbalizaciones por otras más funcionales que no generen emociones negativas.

Entre las reacciones predominantes que surgieron en esta intervención a través del discurso, se puede mencionar alguna representativa:

La de la paciente “M”, una doliente que ingresó al taller por la muerte de su madre, ocurrida hacía 4 años; la causa de la muerte fue cáncer en el páncreas. Comentó la paciente que tenía sentimientos de tristeza crónica que le “impedían continuar” con su vida; reportó también sentirse sin rumbo, preocupada, sin capacidad para resolver problemas y con pensamientos de minusvalía.

El trabajo sobre sus ideas irracionales, según el modelo ABC-DE, llevó a la doliente a identificar:

- A (la situación o circunstancia): “la muerte de mi madre”.
- B (el pensamiento, actitudes, creencias e interpretaciones o valoraciones acerca de la situación): “mi madre era una persona muy buena en los dos últimos años de vida; tenía muchos problemas con mi padre, pues él es alcohólico y pienso que tuvo la culpa de su muerte; siento odio hacia él, no lo puedo ver sin que me cause problemas”.
- C (sentimientos/emociones y conductas): “siento coraje y culpa; no tengo ganas de hacer las cosas que antes realizaba”.
- D (debate, con ayuda del grupo, de los pensamientos irracionales). Una persona del grupo dice: “creo que tú no tienes la culpa de pensar que tu padre fue el que ocasionó la muerte de tu madre, pues convivir con una persona alcohólica es desesperante; es una enfermedad, pero tu madre decidió conservar esa relación y tú no podías decidir por ella; lo que hiciste fue darle tu opinión de la relación que tenía con tu padre, y creo que tu padre no tuvo la culpa de la muerte de tu

madre, pues el cáncer del páncreas puede enfermar a personas que no tengan problemas con su esposo; yo tengo problemas con mi esposo por el alcohol y no puedo decidir qué hacer, pues esta enfermedad afecta a mis hijos; es difícil”.

El facilitador aclaró que “el cáncer de páncreas tiene explicaciones científicas, además de que existen factores que predisponen a esa enfermedad; asimismo, las condiciones físicas del paciente pueden ser un factor de tendencia para desarrollar cáncer”.

E (cambio de pensamiento irracional por otro racional): “es cierto, mi desesperación estaba justificada y ahora entiendo que no fue mi culpa ni la de mi padre”.

Sesión 5: Proyectos pendientes

Esta sesión tiene la finalidad de que el doliente pueda hacer una integración de los conocimientos adquiridos en las sesiones anteriores; sobre todo trabajar las ideas irracionales con el modelo ABC-DE. La carta que se utilizó en la sesión tiene como objetivo saber si en los asistentes ocurrieron cambios en los pensamientos (ideas irracionales), en las emociones (negativas) y los probables cambios de actitud frente al duelo.

Entre las reacciones predominantes que surgieron en esta intervención a través del discurso, puedo mencionar alguna representativa:

La de la doliente “N”, cuyo ingreso al taller fue debido a la muerte de su padre, ocurrida hace 6 años; la causa de la muerte fue un infarto al miocardio. Ella refirió una depresión constante desde hace 6 años. Esta doliente fue canalizada por una terapeuta (terapia vía internet del CSP), la cual sugirió la necesidad de que “N” trabajara la pérdida física de su padre; ella comentó que acudió con un tanatólogo hacía tres años y volvió a sentirse deprimida; consideraba que le hacía falta trabajar más sobre la muerte de su padre.

A través de su carta escribió:

“Te dejo libre, no tengo nada que reprocharte o algún resentimiento; dicen que hay que aplicar la teoría del ABC y es la oportunidad de hacerlo; las cosas que me duelen las canalizo al aprendizaje y a ser yo misma, sin máscaras o caras para ocultar mis sentimientos; gracias por poner a estas personas en mi camino. Cuando tenga ganas de hablar contigo me bastará voltear al cielo y buscarte entre las estrellas del firmamento”.

Sesión 6: Descubrir un nuevo sentido de vida

Esta sesión se caracterizó por la reflexión intensa que algunos participantes tuvieron acerca del sentido que tiene la vida, pues reconsideraron que ésta es “maravillosa”, a pesar de las pérdidas, y que el propósito de algunos es “seguir adelante” con su vida, lo cual no implica que se deje de sentir tristeza por la persona fallecida; algunos dolientes piensan que la presencia física es imposible, pero la emocional queda para el recuerdo; algunos otros piensan que les es difícil pensar que no volverán a ver a sus seres queridos. El poema de Jorge Luis Borges (“Instantes”) les hizo reflexionar acerca de los instantes que están por llegar a sus vidas y aprovecharlos sería conveniente; con la canción de Violeta Parra, “Gracias a la vida”, las reflexiones que se lograron fueron satisfactorias.

Entre las reacciones predominantes que surgieron en esta intervención a través del discurso, se puede mencionar alguna representativa:

La de la paciente “O”, quien acudió al taller por la muerte de su hija; la muerte fue causada por un accidente automovilístico hacía un año. Los síntomas que presentaba “O” manifestaban un cuadro depresivo crónico y momentos de angustia graves, aunque la doliente se negó a acudir al Instituto Nacional de Psiquiatría; pidió entrar al taller sin medicamentos. La experiencia que se tuvo con esta doliente fue “especial” porque su estado emocional dentro de las primeras

tres sesiones era tensa y con llanto intenso, con sollozos y lamentos; fue de los dolientes que expresaron más intensamente su dolor, provocando que los demás dolientes se consternaran profundamente.

Su testimonio fue:

“Este día, 07/09/06, en el ‘taller de duelo’, yo ‘O’, entendí que sigo viviendo, que tengo todavía por realizar muchas cosas; entendí que debo dejar a mi Fabiola vivir en mi corazón, en mi ser, en mi pensamiento, pero sin dolor; y sí quiero volver a vivir plenamente como cuando vivía ella, tengo planes, tengo ideas; quiero ser alguien de quien mis hijos se sientan orgullosos y que volvamos a sonreír juntos sin olvidar a Fabiola”.

Sesión 7: La familia como red de apoyo

Para la mayoría de los dolientes el duelo es un proceso que se vive generalmente a solas y la familia “deja de existir”; es un acto que algunos autores lo consideran como “egoísta”, pues en muchos casos no se ve el dolor del otro. En esta sesión los dolientes se dieron cuenta que habían descuidado el dolor de los otros miembros de su familia; la sesión se llevó a cabo por medio de preguntas que les permitieron reflexionar en los seres queridos que todavía están vivos.

Entre las reacciones predominantes que surgieron en esta intervención a través del discurso, se puede mencionar alguna representativa.

La de la doliente “P”, quien acudió al taller por la muerte de su padre ocurrida hacía un año; la causa fue traumatismo cráneo-encefálico. La doliente refería sentimientos de culpa y un estado depresivo agudo. La causa de estos sentimientos negativos se basaba en la idea irracional de que ella había tenido la culpa, pues trató de darle reanimación cardio-pulmonar sin lograr que su padre reaccionara; el padre murió en sus brazos.

Su testimonio fue:

“La familia es muy importante, ya que todos de algún modo también están en proceso de duelo; sin embargo, pienso que mis hermanos (hombres) no apoyaron a las mujeres; nosotras resolvimos todo lo relacionado con el funeral, creo que nos dejaron solas. Después de trabajar mis sentimientos y saber que puedo modificarlos, puedo decir que el enojo pasó a molestia, y en cuanto a mi mamá creo que no había entendido que ella también debe de estar sufriendo la muerte de mi padre, pues tenían 30 años de casados”.

Sesión 8: Despedida

Esta sesión es significativa, pues se trabajó con una carta de despedida dirigida a los seres queridos ausentes, haciendo énfasis en que el recuerdo de la persona fallecida estará presente cuando ellos lo deseen. El momento es emotivo porque la mayoría de los dolientes escribieron mucho; se observó que el espacio, el tema y la música de fondo eran los adecuados para permitir hacer una reflexión final; también aquí se realizó la evaluación escrita del taller.

Al final se les pidió hacer una reflexión final de manera verbal.

Entre las reacciones predominantes que surgieron en esta intervención a través del discurso, puedo mencionar tres representativas:

La de “Q”, un doliente que acudió al taller por la muerte de su hermana, ocurrida hacía 6 meses; la causa de la muerte fue cáncer. El doliente refería sentimientos de tristeza, insomnio, ansiedad y falta de motivación.

Su testimonio fue:

“Es un taller que a mí en lo particular me gustó mucho, pues pude identificar mis sentimientos con otras personas aquí presentes; pensaba que yo era el único que sentía todas esas emociones que son características del duelo, pero veo que hay

otras personas que están como yo; aprendí a identificar pensamientos irracionales y a comprender que existe manera de transformarlos”.

La de la doliente “R”, quien acudió al taller por la muerte de su novio y la de su madre; la del novio ocurrió por una enfermedad pulmonar (neumonía) y la de la madre por derrame cerebral; el primero hacía un año y la segunda hacía 2 meses. “Q” había solicitado ayuda por la muerte de su novio, pero en el transcurso de la solicitud murió su madre; el estado emocional de ella era depresivo grave y estaba conmocionada por la muerte intempestiva de la madre.

Su testimonio fue:

“Pues muchas gracias por la ayuda, por tener el tiempo y la disposición para escuchar y darnos la alternativa para ver las cosas desde otro punto de vista, y sobre todo gracias por enseñarme a ver y entender que se puede aprender a manejar y vivir con la pérdida de un ser querido; todo es cuestión de tiempo y actitud”.

La del doliente “M” (ya descrita en la sesión 4).

Su testimonio fue:

“A unos instantes de terminar el taller me doy cuenta que uno debe de dejar ir a las personas que amamos para que sean felices y nosotros también; hay cosas que debemos de cambiar con el tiempo, como son dejar la tristeza a un lado y sonreír para vivir intensamente”.

7.- Consideraciones finales

Intervenir y participar en el “Programa de Servicio Social en Clínica”, con las actividades antes mencionadas, tuvo una gran importancia, ya que se adquieren conocimientos y habilidades que integrados con los obtenidos en la Licenciatura en Psicología resultan enriquecidos para poder después llevarlos al terreno profesional.

La oportunidad de observar cómo se interviene psicológicamente a un paciente resulta apasionante, descubrir o acertar en las hipótesis acerca de su padecimiento es realmente gratificante, así como llegar a un diagnóstico y su tratamiento.

La supervisión y confianza de la supervisora (directora del Centro, Lic. Rebeca Sánchez Monroy) fue importante para el desarrollo de las actividades; sobre todo, la propuesta del taller de duelo que fue aprobada con libertad para escoger las técnicas, procedimientos, estrategias para después aplicarlas. Las sesiones se fueron construyendo sesión por sesión, y con mucho cuidado de incluir técnicas que beneficiaran a los dolientes para modificar sus emociones acerca de la pérdida de su ser querido.

Con lo mencionado, los beneficios que se dan a la institución receptora (el CSP) atendiendo a pacientes por medio de un taller cumple con sus objetivos: dar atención a las personas que solicitan atención psicológica con oportunidad y calidad; en este caso, con el taller se atendió a 20 personas que solicitaban terapia individual para resolver su problemática.

La atención psicológica en grupo, orientada hacia el manejo del duelo, facilita no sólo la adaptación del paciente, sino también los canales de comunicación con la familia que también sufre la pérdida física del fallecido; ayuda a los dolientes a “practicar” y “abrir” dichos canales, sólo por estar inmerso en un grupo con una problemática similar.

La experiencia de la realización de este taller con personas que estaban pasando por un proceso de duelo fue de gran desgaste emocional, sobre todo en el primer taller.

Las narraciones que los dolientes hicieron acerca de la muerte de sus seres queridos en algunos casos fueron muy dolorosas; sin embargo, ya para el segundo taller la contención emocional estaba más controlada.

En la aplicación del taller hubo reflexiones importantes, tales como:

Comprender que la vida está siempre sembrada de pequeñas y grandes pérdidas; y que la muerte de un ser querido es una experiencia humana dolorosa, por la que todos tenemos que pasar en algún momento de nuestra existencia. Sin embargo, el proceso de duelo necesita de un trabajo emocional; es decir, el doliente debe saber lo que le está ocurriendo; qué emociones, pensamientos y actitudes se generan provocados por el duelo. Así, una base de conocimientos sobre el proceso de duelo ayuda a que los dolientes “transiten” de manera menos tortuosa por éste.

Se observó también que el tiempo transcurrido desde la muerte de un ser querido hasta la impartición de un taller es un factor importante en el proceso de duelo. Aunque hubo resultados variados, los participantes principalmente se ayudan, aun con diferencias en sus temporalidades de duelo, a pesar de que los participantes contaban entre 3 meses y 6 años de haber sufrido una pérdida física. Sin embargo, se advierte una “afinidad” y empatía mayor entre dolientes que atraviesan por etapas de duelo más cercanas en el tiempo. Aquí, los criterios de inclusión serían importantes para obtener mejores resultados; por ejemplo: homogenización en los grupos con respecto a las fechas del fallecimiento de sus seres queridos.

El marco teórico describe que, a nivel general, un duelo se manifiesta con algún tipo de desorden emocional, cognitivo y conductual. En la impartición del taller, a nivel práctico, se observó que en la mayoría de los participantes se identificó a la culpa como la emoción más recurrente, seguida de la ira. La teoría asocia estas emociones con las primeras etapas del duelo, negación y rabia según la mayoría de los teóricos del duelo, y con esta identificación la TREC (Terapia Racional Emotiva Conductual) proporciona habilidades para el afrontamiento cognitivo obteniendo modificación de estas emociones.

Aunque las emociones son importantes, el duelo implica también el contexto de las relaciones, la cultura y las creencias. Durante el proceso de duelo, el doliente necesita expresar sus vivencias en un espacio “especial”, adecuado para esto; con personas que han sufrido similar experiencia. Aquí, el grupo es fundamental para la recuperación.

Los casos que presentamos como resultados de cada una de las sesiones muestran el trabajo de algunos de los participantes, los representativos; los que no fueron mencionados no es que sean menos importantes, sino que “quedan incluidos” en algunos aspectos de los testimonios presentados porque había coincidencias; sin embargo, cada uno de ellos contribuyó a la recuperación de sus otros compañeros.

El taller tiene una sesión clave, que es la sesión 4. Cuando se trabajan las ideas irracionales, el doliente entiende el modelo ABC-DE sin grandes dificultades. Para el resto de las sesiones, que siguen siendo emotivas, ya se integran las reflexiones acerca de sus ideas irracionales y, en muchos casos, ya no incorporan a su lenguaje las palabras “siempre” o “todo”, por ejemplo.

También otra consideración final importante es que el duelo se puede transformar en una manera más sana de vivirlo, aunque las circunstancias (la edad del difunto, la edad del doliente, el parentesco, la causa de la muerte -enfermedad, accidente, etc.-) que rodean a la muerte sean determinantes para la dificultad de resolverlo. Así, en el taller se advirtió que la muerte de hijos jóvenes y la muerte del cónyuge fueron los duelos más complicados, seguidos por la muerte de madres jóvenes, que también son impactantes.

El nivel educativo y estrato socioeconómico de los participantes no impidió el desarrollo positivo del taller.

Las estrategias de afrontamiento que se llevaron en cada sesión permitió que los pacientes reconocieran su pérdida, abrieran su dolor y revisaran sus emociones, actitudes y pensamientos negativos para poder revisar su vida actual después de la pérdida y tener un nuevo proyecto de vida; esto permitió que los pacientes reconstruyeran su relación con el ser querido fallecido, haciendo nuevas

“conexiones” positivas y, a partir de esto, poder reinventar una vida más acorde con la realidad.

La importancia de esta propuesta de taller radica en que, además del objetivo de proporcionar un beneficio psicológico a los dolientes, promueva cambios emocionales y físicos que les ayuden a la adaptación en su nueva forma de vida. Cumple también con el objetivo planteado por el programa de Servicio Social de proporcionar una herramienta y una alternativa de ayuda para quienes han sido afectados por la muerte de un ser querido.

Es importante mencionar que esta aportación extiende su beneficio no sólo para el CSP, sino también para la Facultad de Psicología y, por tanto, para la UNAM, que se caracteriza por ser una institución que promueve el campo de la investigación; con el taller se realiza también una investigación que tuvo excelentes resultados.

Esta contribución abre la posibilidad de que el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSP) a futuro cuente con otro taller establecido (adicional al actual) para el manejo de duelo, pero desde la perspectiva cognitivo-conductual, como herramienta de trabajo para los terapeutas o pasantes de la carrera de Psicología que lo quieran aplicar.

8.- Referencias:

- Aguilera y Messick (1996). *Control de los conflictos emocionales*. Edit. Interamericana, Madrid.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva*. Edit. Gedisa, Barcelona.
- Beck, Rush, Shaw y Emery (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Edit. Desclée de Brouwer, Barcelona.
- Bowlby, J. (1985). *La separación afectiva*. Edit. Paidós, Barcelona.
- Bucay, J. (2004). *El camino de las lágrimas*. Edit. Océano, México.
- Bullita, D. (2001). *De la tristeza a la serenidad: cómo llenar el vacío de una pérdida y afrontar el futuro con esperanza*. Edit. Paidós, Barcelona.
- Caballero, Fernández y Sáenz (2006). *Depresión y subjetividad*. <http://www.herrerros.com.ar/melanco/tesis7.htm>
- Caballo y Sierra (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Edit. Siglo XXI, México.
- Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Edit. S XXI, Madrid.
- Calhoun y Solomon (1996). *¿Qué es una emoción?* Edit. Fondo de Cultura Económica, México.
- Castro y Ángel, en Caballo (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de trastornos psicológicos*. Edit. Siglo XXI, Madrid.
- Cautela, J. (1985). *Técnicas de relajación. Manual práctico para adultos, niños y educación especial*. Edit. Martínez Roca, Barcelona.
- Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (2006). *Programa de servicio social*. Edit. UNAM, México.
- Darwin, C. (1988). *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*. Edit. Alianza, México.
- Edmund, T., en Caro, I. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas*. Edit. Paidós, Barcelona.
- Elkin, G. (2000). *Psiquiatría clínica*. Edit. Masson, México.
- Ellis y Grieger (1981). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Edit. Desclée de Brouwer, Bilbao.

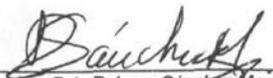
- Facultad de Psicología (2005). *Informe Profesional de Servicio Social*. Edit. UNAM, México.
- Freud, S. en Ortiz, V., (2005). *Duelo y melancolía*, en tesis El trabajo de duelo: la recomposición de un lugar vacío. Facultad de Psicología, UNAM.
- Greenberger y Paivio (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Edit. Paidós, Barcelona.
- Guic, S. (2006). *El trabajo de duelo*.
<http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica11/Ars13.html>
- IPN (2007). *Servicio Social*. <http://www.esm.ipn.mx/servicios/servis.htm>
- Keith y Renee-Louise, en Caballo (1991). *Manual de técnicas de terapia de modificación de la conducta*. Edit. Siglo XXI, México.
- Kübler-Ross, E. (1975). *Sobre la muerte y los moribundos*. Edit. Monditori, Barcelona.
- Lega, Caballo y Ellis (1997). *Teoría y práctica de la Terapia Racional Emotiva Conductual*. Edit. Siglo XXI, Madrid.
- Lucio Gómez Maqueo, Emilia y León Guzmán, María (2003). *Uso e interpretación del MMPI-2 (Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota)*. Edit. Manual Moderno, México.
- Méndez, F. (1998). *Técnicas de modificación de conducta*. Edit. Biblioteca Nueva, Madrid.
- Mercado y Figueroa (1995). *Metodología didáctica*. Mecnógrafa no publicada. Coordinación Médica del IMSS, México.
- Montoya, C. (2006). <http://www.homestead.com/montedeoya/cv.html>
- Muñoz, A. (2006). *Afrontar la muerte de un ser querido*.
<http://www.cepvi.com/articulos/duelo.shtml.2006>.
- Morales, F. (1994). *Psicología social*. Edit. Mc. Graw-Hill, Madrid.
- Niemeyer, R. (1988). *Aprender de la pérdida*. Edit. Paidós, Barcelona.
- Obst Camerin, J. (2004). *Introducción a la terapia cognitiva*. Edit. Catrec, Buenos Aires.

- Pichardo, N. (2007). *Definición de Tanatología*.
<http://medtropoli.net/article16.html>
- UNAM (2007). *Reglamento general del Servicio Social de la UNAM*.
<http://www.dgose.unam.mx/ss/docs/>
- Rice, F. (1997). *Desarrollo humano: el estudio del ciclo vital*. Edit. Prentice-Hall, México.
- Ruiz, S. (2006). *Psicoterapia y salud*. <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual2.htm>
- Semerari, A. (2000). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Edit. Paidós, Barcelona.
- Vila, J. (1996). *Una introducción a la psicofisiología clínica*. Edit. Pirámide, Madrid.
- Worden, en López y Rodríguez (2005). Tesis de Licenciatura *Programa de intervención cognitivo-conductual para el manejo de enojo en población adulta*. Facultad de Psicología, UNAM.

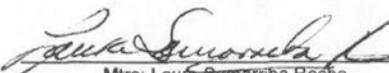
Plan de actividades académico-profesionales 2006-2007
 Servicio Social Programa : Atención psicológica a enfermos crónico degenerativos

Mes	Objetivos a alcanzar	Actividades específicas	Habilidades a desarrollar	Formas de Evaluación	Avances IPSS
1	<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar al estudiante del servicio social un escenario profesional y materia de trabajo pertinente, que permita confirmar y desarrollar sus conocimientos y habilidades clínicas abordando las problemáticas psicológicas vigentes en nuestra sociedad, con enfoque cognitivo-conductual. 	<ul style="list-style-type: none"> Inducción a la sede de servicio social Curso: Programa de Capacitación para Psicólogos Clínicos (enfoque cognitivo conductual). 	<ul style="list-style-type: none"> Semana 1y2 : Entrevista Clínica como: Co-terapeuta (Preconsulta) Semana 3: Entrevista Clínica como terapeuta Semana 4: Asistente de investigador. 	<ul style="list-style-type: none"> Asistencia Evaluación del Curso de Inducción Reporte de actividades 	<ul style="list-style-type: none"> Selección del tema: Manejo del Proceso de Duelo Revisión bibliográfica
2	<ul style="list-style-type: none"> Identificar los déficit en conocimientos y habilidades clínicas a ser moldeadas por el supervisor a través de la Co Terapia Desarrollar en el estudiante la confianza en sus conocimientos y habilidades clínicas para desempeñarse como terapeuta institucional o privado al permitirle responsabilizarse de sus propias toma de decisiones. Desarrollar las habilidades para la elaboración de talleres, con enfoque cognitivo-conductual. 	<ul style="list-style-type: none"> Promotor de la salud mental Realizar: Preconsultas Co- Terapeuta Participación como: Terapeuta Responsable Asistente de investigador Bitácora de actividades del Servicio Social. Elaboración del reporte mensual del Servicio Social. 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de las habilidades como: Promotor de la salud mental Realizar: Preconsultas Co- Terapeuta Participación como: Terapeuta Responsable Asistente de investigador * Bitácora de actividades del Servicio Social. Elaboración del reporte mensual del Servicio Social. 	<ul style="list-style-type: none"> Asistencia Evaluación Reporte de actividades 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo del Marco Teórico Justificación Objetivos Material y métodos Bibliografía
3	<ul style="list-style-type: none"> Enseñar al estudiante a trabajar de forma organizada y sistemática durante su servicio social, a fin que la obtención de su informe de titulación cubra los 	<ul style="list-style-type: none"> Promotor de la salud mental Realizar: Preconsultas Co-Terapeuta Participación como: Terapeuta Responsable Asistente de investigador Bitácora de actividades del 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de las habilidades como: Promotor de la salud mental Realizar: Preconsultas Co-Terapeuta Participación como: Terapeuta Responsable 	<ul style="list-style-type: none"> Asistencia Evaluación Reporte de actividades 	<ul style="list-style-type: none"> Integración de la información del proyecto IPSS(propuesta) Entrega del proyecto IPSS

	<ul style="list-style-type: none"> requerimientos de tiempo y forma, con enfoque cognitivo-conductual. 	<ul style="list-style-type: none"> Servicio Social. Elaboración del reporte mensual del Servicio Social. 	<ul style="list-style-type: none"> Asistente de investigador Bitácora de actividades del Servicio Social. Elaboración del reporte SS 		
4	<ul style="list-style-type: none"> Profundizar sus conocimientos del enfoque cognitivo-conductual. 	<ul style="list-style-type: none"> Promotor de la salud mental Realizar: Preconsultas Co- Terapeuta Participación como: Terapeuta Responsable Asistente de investigador Bitácora de actividades del Servicio Social. Elaboración del reporte Desarrollo e instrumentación de la propuesta de aportación a la sede 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de las habilidades como: <ul style="list-style-type: none"> Promotor de la salud mental Realizar: Preconsultas Co- Terapeuta Participación como: Terapeuta Responsable Asistente de investigador Bitácora de actividades del Servicio Social. Elaboración del reporte mensual del Servicio Social 	<ul style="list-style-type: none"> Asistencia Evaluación Reporte de actividades 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de las partes integrantes del proyecto
5	<ul style="list-style-type: none"> Profundizar sus conocimientos del enfoque cognitivo-conductual. 	<ul style="list-style-type: none"> Promotor de la salud mental Realizar: Preconsultas Co- Terapeuta Participación como: Terapeuta Responsable Asistente de investigador Bitácora de actividades del Servicio Social. Elaboración del reporte Desarrollo e instrumentación de la propuesta de aportación a la sede. 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de las habilidades como: <ul style="list-style-type: none"> Promotor de la salud mental Realizar: Preconsultas Co- Terapeuta Participación como: Terapeuta Responsable Asistente de investigador Bitácora de actividades del Servicio Social. Elaboración del reporte mensual del Servicio Social 	<ul style="list-style-type: none"> Asistencia Evaluación Reporte de actividades 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de las partes integrantes del proyecto
6	<ul style="list-style-type: none"> Profundizar sus conocimientos del enfoque cognitivo-conductual. 	<ul style="list-style-type: none"> Promotor de la salud mental Realizar: Preconsultas Co- Terapeuta Participación como: Terapeuta Responsable Asistente de investigador Bitácora de actividades del Servicio Social. Elaboración del reporte Desarrollo e instrumentación de la propuesta de aportación a la sede. 	<ul style="list-style-type: none"> Seguir desarrollando las habilidades como: <ul style="list-style-type: none"> Promotor de la salud mental Realizar: Preconsultas Co- Terapeuta Participación como: Terapeuta Responsable Asistente de investigador Bitácora de actividades del Servicio Social. Elaboración del reporte mensual del Servicio Social 	<ul style="list-style-type: none"> Asistencia Evaluación Reporte de actividades 	<ul style="list-style-type: none"> Entrega del IPSS


 Psic. Rebeca Sánchez Monroy

Supervisora del IPSS


 Mtra. Laura Somarriba Rocha

Directora del IPSS.

LISTA CHECABLE TALLERES

La siguiente lista te guiará en la planeación, el desarrollo y la ejecución de talleres dentro del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología de la UNAM.

1. CARTA DESCRIPTIVA

Permite que el facilitador (instructor/ terapeuta) replique los contenidos y dinámicas en tiempo y forma, logrando la replicación empírica del taller.

En una tabla se introducen 6 columnas con los siguientes conceptos.

- Tema
- Objetivo
- Desarrollo
- Material
- Duración
- Tiempo acumulado

La carta descriptiva debe incluir, la presentación (formal e informal), la formación de la comunidad de aprendizaje, la presentación del objetivo del curso-taller y de los contenidos, la descripción de las técnicas psico-educativas y/o teóricas.

2. SOPORTE TEÓRICO DEL CURSO

- Contenido teórico que sustenta el taller con referencias y bibliografía actualizada (debe incluir por lo menos 5 referencias del año en curso, además de referencias de los últimos 5 años, incluyendo artículos y publicaciones).
- Espacio de 1 1/2/, con letra tamaño 12, arial.

3. MANUALES

MANUAL DEL PARTICIPANTE

Anexo 2 (B)

-Material de apoyo que se brinda a los participantes con los principales contenidos teóricos, ejercicios de práctica y/o estudios de caso.

-Se presenta con la carátula del CSP, a espacio de 1 1/2, con letra tamaño 12, Arial, con número de página y titulillo con adscripción en la parte superior derecha.

-El manual debe incluir gráficos, tablas e imágenes que apoyen los contenidos.

-Se incluye una lista de lecturas sugeridas, centros de servicio, o links de internet según el caso.

MANUAL DEL INSTRUCTOR

-Material de apoyo del instructor dónde se encuentran los principales contenidos teóricos, ejercicios de práctica y/o estudios de caso, con las instrucciones para la implementación durante el curso -taller.

-Se presenta con la carátula del CSP, a espacio de 1 1/2, con letra tamaño 12, Arial, con número de página y titulillo con adscripción en la parte superior derecha.

-El manual debe incluir gráficos, tablas e imágenes que apoyen los contenidos.

-Se incluye bibliografía.

4. MATERIALES DE APOYO

El material de apoyo se refiere al uso de diapositivas en power point, rotafolios, pintarrón, audiocasetes, videos, modelos, etc.

-Se deben utilizar al menos tres apoyos distintos en cada sesión del curso- taller

-El material debe cumplir con las especificaciones implementadas en el curso de Formación de Instructores.

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNAM
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

PRE-CONSULTA (PC)

PACIENTE DE PRIMERA VEZ

FOLIO: _____

PACIENTE DE REINGRESO

FECHA: _____

CUOTA DE RECUPERACIÓN: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: F M EDO. CIVIL: _____ TELEFONO _____

FAMILIOGRAMA

DESCRIPCIÓN DEL

PROBLEMA: _____

Anexo 4

BREVE INVENTARIO DEL DUELO

Nombre:

Edad:

Relación con el fallecido:

Tipo de muerte:

Fecha del fallecimiento:

Teléfono:

Aflicción anticipatoria (en días, meses o años):

Fecha realización:

Coloque el número correspondiente a lo que usted sienta o piense según la clasificación siguiente:

0= En absoluto, nada o todo lo contrario; 1= Un poco, 2= Bastante, 3= Mucho

- () 1. Me siento confuso/a y aturdido/a
- () 2. Estoy nervioso/a e inquieto/a
- () 3. Me dan crisis de angustia, como en "oleadas"
- () 4. Tengo temblor y las manos frías y sudorosas
- () 5. Tengo pensamientos que no puedo quitarme de la cabeza
- () 6. Siento que estoy al borde de una "crisis nerviosa"
- () 7. Me cuesta mucho "estar bien" ante otros
- () 8. Le busco por todas partes
- () 9. Tengo sentimientos de culpa que me molestan mucho y me agobian
- () 10. Estoy más irritable de lo normal
- () 11. Duermo mal
- () 12. Me siento muy deprimido/a
- () 13. Siento que ya debería haber retomado la actividad normal
- () 14. Necesito dormir más
- () 15. Creo que no estoy haciendo lo necesario o correcto para recuperarme
- () 16. Necesito cambiar mi actitud actual
- () 17. Quiero hacer otras cosas además de las que ya hago
- () 18. Duermo normal, como antes
- () 19. Me cuesta mucho tomar decisiones para mi futuro
- () 20. Ya me he recuperado
- () 21. Ahora soy más sensible y compasivo con otros
- () 22. Mi vida es ahora otra vez agradable

Anexo 5

Facultad de Psicología, UNAM.
Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"
Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico- Degenerativos

EVALUACION DEL TALLER

Instrucciones: A continuación se pedirá que señale su opinión en relación al taller que usted recibió. Esto nos ayudará a mejorar el servicio que brindamos.

1. Me gusto la actitud de las talleristas.

Nada Poco Mucho

2. La información que dieron era entendible.

Nada Poco Mucho

3. Los temas que tocaron eran interesantes.

Nada Poco Mucho

4. La manera en que expusieron los temas era interesante.

Nada Poco Mucho

5. Lo que mas me gustó del taller fue:

6. Lo que menos me gustó del taller fue:

Comentarios adicionales:

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACION!