



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA
EN GRUPOS DE AUTOAYUDA TANATOLÓGICA**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:**

ROSA LAURA MÁRQUEZ HERNÁNDEZ



**DIRECTORA DE TESIS:
LIC. CONCEPCIÓN CONDE ALVAREZ**

Ciudad Universitaria México, D.F. 2012



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.

IN MEMORIAM

De mi padre David Márquez Bernal

Papá: Me tardé 30 años pero aquí está mi tesis

Gracias por todo y por haber existido. Te amaré siempre

AGRADECIMIENTOS

1. **AL AUTOR DE LA VIDA** por permitirme conocerle y tener una relación personal con él. Por apoyarme y ayudarme a concluir este proyecto tan anhelado... mi tesis. ¡Gracias!
2. **A DAVID Y ROSITA** mis amados padres. Por sus enseñanzas, su apoyo y su amor constante. Mi amada Rosita, te amo y te admiro mucho; celebro que vivas para entregar en tus manos este trabajo. ¡Gracias por esperar y gracias por tu ejemplo!
3. **A CARLOS, PATY, ARMANDO, GUSTAVO Y WILSON** mis hermanos. Por ser parte importante de mi historia y mi crecimiento. ¡Los amo!
4. **A MIGUEL ANGEL RAMIREZ GUTIERREZ** por ser mi amoroso esposo y compañero de la vida por más de 27 años. ¡Gracias por tu apoyo e interés por ayudarme siempre! Te amo.
5. **A MIKE, LAURITA Y DANY** mis hijos, mi orgullo, mi alegría y la mejor herencia que pude recibir en esta vida. Por alegrarse conmigo de éste mi máximo logro.
6. **A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO** que desde la preparatoria No. 6 Antonio Caso en Coyoacán, me abrió sus puertas permitiéndome sentir el orgullo universitario. ¡Gracias por siempre!
7. **A LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA** por darme la formación y capacitación profesional con la cual hoy me desempeño de manera exitosa. ¡Gracias!
8. **A LIC. CONCEPCIÓN CONDE ALVAREZ** mi directora de tesis. Conchita te agradezco muchísimo tu dirección, tu tiempo, tu apoyo y tus palabras de ¡Ánimo! Eres sensacional.
9. **A LIC. MARIA GUADALUPE OSORIO ALVAREZ**
A LIC. AIDA ARACELI MENDOZA IBAROLA
A LIC. DAMARIZ GARCÍA CARRANZA
A LIC. MARIA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDÓÑEZ mis sinodales y revisoras de tesis. Reconozco que cada una de sus sugerencias y correcciones ayudaron a mejorar notablemente mi trabajo. ¡Muchísimas gracias a cada una de ustedes!
10. **A DULCE** de Servicios Escolares (mi sobrina), por los apoyos y las facilidades que me otorgaste a la distancia. ¡Muchísimas gracias!
11. **A OTROS AMIGOS** que también aportaron ayuda y asistencia para realizar este trabajo. ¡Muchas gracias!

ÍNDICE

INDICE	1
RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	6
MARCO TEÓRICO	
CAPÍTULO I. PSICOTERAPIA GESTALT	
1.1 Introducción	9
1.2 Fundamentos filosóficos de la psicoterapia Gestalt	11
1.3 El Existencialismo y la Gestalt	12
1.4 El Zen Budista y la Gestalt	13
1.5 El Enfoque Holístico y la Gestalt	14
1.6 El Humanismo y la Gestalt	15
1.7 Marco Conceptual y Metodológico de la Gestalt	16
1.8 Reglas básicas de aplicación	18
1.9 La Psicoterapia Existencial y el estudio de la muerte	23
1.10 La Psicoterapia de grupo y la conciencia de muerte	25
1.11 Terapia de grupo con personas que han perdido un ser querido	26
1.12 El terapeuta gestáltico	27
CAPÍTULO II. DINÁMICA DE GRUPOS	
2.1 Concepto y Definición	29
2.2 Grupos y sus definiciones	30
2.3 Grupos de Autoayuda	32
2.3.1 Concepto y definición de grupos de autoayuda	34

2.3.2 Agrupaciones de los grupos de autoayuda	36
2.3.3 Los grupos de autoayuda en la Psicología de la salud	37
2.3.4 Categorías de los grupos de autoayuda	37
2.3.5 Procesos y apoyo emocional en los grupos de autoayuda	39
2.3.6 Intervención psicológica con terapia Gestalt en grupos de autoayuda tanatológica	40

CAPÍTULO III. TANATOLOGÍA, MUERTE Y DUELO

3.1 El estudio de la Tanatología	42
3.1.1 Definición y origen	43
3.1.2 La Tanatología en la actualidad	44
3.2 El estudio de la muerte	46
3.2.1 Concepciones filosóficas sobre la muerte	48
3.2.2 Teorías psicológicas sobre la muerte	48
3.2.3 Teorías biológicas sobre la muerte	49
3.2.4 La ansiedad ante la muerte	50
3.2.5 Actitud ante la muerte	50
3.3 El estudio del Duelo	51
3.3.1 El proceso del duelo	52
3.3.2 Etapas emocionales del duelo	53
3.3.2 Tipos de duelo	56
3.3.3 Duelo por muerte súbita	56
3.3.4 Duelo Anticipado	57
3.3.5 Duelo Retrasado	58

3.3.6	Duelo Normal	58
3.3.7	Duelo Crónico	59
3.3.8	Duelo Patológico	60
3.3.9	Duelo del cuerpo	61

CAPÍTULO IV. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN GRUPOS DE AUTOAYUDA TANATOLÓGICA

4.1	Justificación	63
4.2	Visitas a diferentes grupos de autoayuda y características de ellos	64
4.3	Testimonios de esos grupos	67
4.4	Campo fértil para psicoterapia Gestalt	68
4.5	Presentación específica de la Propuesta	69
4.5.1	Objetivos generales	69
4.5.2	Objetivos específicos	69
4.5.3	Procedimiento y Metodología	70
4.5.4	Recursos Materiales	71
4.5.5	Recursos Humanos	72
4.5.6	Promoción y difusión	72
4.5.7	Descripción del Taller	73
4.6	Propuestas adicionales	81
	CONCLUSIONES	88
	BIBLIOGRAFÍA	91

RESUMEN

El presente trabajo de investigación documental pretende aportar una revisión histórica sobre el tema de tanatología desde sus orígenes hasta su aplicación en la actualidad, relacionándolo con el trabajo en grupos de autoayuda, apoyados y dirigidos no sólo por tanatólogos sino por psicólogos terapeutas concedores de la Terapia Gestalt.

También se plantea la propuesta, como aportación novedosa y convincente, sobre la necesidad de abrir grupos de autoayuda psico-tanatológica, donde se cuente con la intervención de un profesional de psicología. Tomando en cuenta que todos los seres humanos tarde o temprano nos enfrentamos al dolor más grande que podamos experimentar: la muerte de un familiar cercano, un padre, una madre, un esposo o esposa, un hijo o una pareja. (Klübler, 1991)

Gómez Sancho (2003) afirma que cuando se trata de procesos de duelo, el trabajo en grupos provoca mejores resultados que el trabajo o la intervención individual. Basándonos en afirmaciones como ésta y en la experiencia formando parte de grupos de autoayuda, es que se plantea esta propuesta.

Esta tesis pretende presentar los suficientes fundamentos bibliográficos acerca de los beneficios que aportan los grupos de autoayuda. También pretende presentar la muy amplia información bibliográfica de los temas de tanatología para entrelazarlos y demostrar que los grupos de autoayuda tanatológica son de gran importancia para ayudar a personas en duelo, por la riqueza de aportaciones y experiencias que los grupos proveen. (Castanedo, 1998)

Hoy en día podemos decir que la tanatología es un tema de actualidad que va ganando terreno y aceptación entre la sociedad. Nada tiene que ver con las prácticas religiosas (de tipo sectario) de culto a la muerte. Tiene que ver con la vida, con encontrarle el sentido y vivirla lo mejor posible hasta el buen morir. (Tello, 2005)

La tanatología también está ganando aceptación en algunos profesionales de psicología que están viendo a esta última como un tema serio y digno de estudio. Ya hay algunas universidades en el país, como la UAEH de Pachuca, Hgo., que incluye entre sus asignaturas de sexto semestre la materia de Tanatología y otros temas relacionados con el tema del Duelo y los animan que participen activamente en grupos de soporte emocional para dolientes.

La tesista ha colaborado en grupos de autoayuda tanatológica durante los cinco últimos años y ha podido comprobar la notable mejoría que los usuarios logran en pocas sesiones, sin embargo considera que en los grupos falta esa intervención psicológica en enfoque gestáltico, considerando que potenciaría grandemente los resultados.

También considera que una ayuda psicoterapéutica o psico-tanatológica es buscada, en primer término, no para esclarecer un pasado inmodificable, sino a causa de un deseo de mejorar su futuro. Los usuarios dolientes buscan ayuda a causa de no saber cómo afrontar el duelo. Y en muchas ocasiones no es el duelo en sí el que más les incomoda, sino otras insatisfacciones personales, angustia y ansiedad, que tienen que ver con el temor al futuro.

Una insatisfacción e incomodidad en el presente es lo que trae a las personas a los grupos de autoayuda (Watzlawick, 1989)

En esto radica la propuesta, en abrir espacios y talleres tanatológicos de sanidad interior y restauración para personas en duelo, espacios que cuenten con la presencia de profesionales de psicología para que sean ellos los que hagan la intervención, siendo que conocen el manejo de emociones y pueden darle curso y salida al dolor.

INTRODUCCIÓN.

“Vive de tal manera que al morir, tus semejantes sientan tu muerte como una gran injusticia”. Miguel de Unamuno

Toda pérdida significativa nos provoca la necesidad de elaborar un duelo. Siempre la intensidad del duelo será proporcional al apego dice Bowlby (1983) y no depende de la naturaleza del objeto perdido sino del valor que se le atribuye.

Durante el proceso de duelo la persona podrá experimentar emociones sanas y constructivas como el agradecimiento, la recuperación, la aceptación, la reconstrucción y el encontrar ganancias en medio de sus pérdidas. O podrá experimentar emociones destructivas como la amargura, la culpa o el resentimiento, con lo cual podría perder la paz, la armonía y afectar su organismo auto provocándose enfermedades.

Sigmund Freud (1917) plantea en *Duelo y Melancolía* que la melancolía aparece porque el sujeto no ha establecido la paz con el objeto perdido (objeto de su amor) y que al contrario, la pérdida origina que vierta sobre sí mismo toda la agresión, que no fue capaz de poder volcar en su momento, sobre la persona que fue significativa en su vida (una forma de retroflexión).

Por ejemplo, el pueblo judío en señal de duelo, solía raparse la cabeza, rasgar sus vestiduras y echarse encima silicio (una especie de ceniza) además de guardar luto por 30 ó 40 días. Es una especie de mostrar por fuera lo que se siente por dentro. También es una forma de negarse a sí mismo hasta reencontrarse.

Cuando hablamos de reencontrarnos se refiere a haberse sentido “perdidos” sin rumbo ni dirección y sin sentido. Así hay muchas personas que han perdido el sentido de su vida al

perder a un ser querido, por muerte o por cualquier otra trágica situación y sintiendo que son los únicos que sufren y que la vida o Dios se ha ensañado con ellos como un castigo divino.

Los grupos de autoayuda tanatológica pueden ser vistos como la gran oportunidad de servir al prójimo, de acompañarles y ayudarles en su proceso de recuperación; sanando sus heridas con un abrazo de amor fraterno y consolando con soporte espiritual de lo alto (Levinstein, 2009).

El presente trabajo también presenta un compendio de todo lo que abarca un grupo de autoayuda tanatológica y una propuesta de intervención psicológica, basada en la terapia Gestalt, con la cual la tesista cree que se potenciaría el beneficio para los usuarios dolientes que acuden a los grupos.

El término <Terapia> tiene su origen en el movimiento cristiano de la antigüedad que se llamó “Tiempo Terapéutico”, palabra que significaba para ellos “Atender” o dar atención. En esa época se formaron comunidades en las que los hombres, mujeres y niños vivían juntos, en amor, en armonía y compartiendo todos sus bienes, y su tiempo terapéutico consistía en asignar tiempos especiales para “Atenderse unos a otros”, interesándose unos por el bienestar de los otros, cultivando la atención mutua, lo que parece que refleja el tipo de psicoterapia Gestalt. (Laing, 1985)

Contenido de este trabajo:

En el capítulo I se aborda el tema Introducción a la Psicoterapia Gestalt tratando de describir el enfoque gestáltico y mencionando algunas de sus reglas básicas, técnicas importantes y objetivos que pueden alcanzarse.

En el capítulo II se describe lo concerniente a dinámica de grupos, definición, tipos y grupos de autoayuda.

En el capítulo III se desarrolla el tema sobre Tanatología, muerte y duelo. También se describen las etapas emocionales por la que atraviesa todo doliente.

En el capítulo IV se presenta la propuesta de intervención psicológica en grupos de autoayuda tanatológica y otras propuestas adicionales para apoyar a personas en duelo.

Finalmente se dan conclusiones y se muestran todas las referencias bibliográficas que sustentan el presente trabajo de investigación documental.

Asimismo es importante señalar que este trabajo tiene un enfoque humanístico y pretende enfatizar aspectos relevantes y que a la vez fueron razones fundamentales para realizar este tema:

- El deseo de apoyar al prójimo que se encuentre en una situación depresiva y doliente por la muerte de un ser querido
- El deseo de acompañarle, escucharle y compartirle fortaleza y orientación
- La oportunidad de ser una herramienta útil para disminuir el dolor emocional
- El poder aplicar todo lo aprendido en temas de psicología y de tanatología y ponerlo al servicio del necesitado, mostrándole el camino de la recuperación
- La realización como persona y profesionalista del área de salud mental
- La necesidad de prepararse más cada día y buscar nuevas áreas de oportunidad de crecimiento y de aprendizaje
- El reconocimiento y la satisfacción que se recibe de los usuarios cuando reencuentran el sentido a sus vidas y se van recuperando de sus pérdidas
- El creer que nuestras vidas tiene propósito y vocación de servicio
- El que alguien pueda usar este trabajo como inspiración para seguir ayudando a los grupos

MARCO TEÓRICO

Capítulo I PSICOTERAPIA GESTALT

“Aquellos que tratan de ensanchar su propia evolución tienen el recurso de la terapia Gestalt, por medio del descubrimiento en un nivel profundo de experiencias, de que ellos son la causa de sus propios dilemas, y por lo tanto, poseen la clave de su recuperación”

Patricia Baumgardner (1975)

1. 1 Introducción.

Como está descrito en el título del presente trabajo “Propuesta de intervención psicológica en grupos de autoayuda tanatológica”, se propone que se considere la intervención y participación de un profesional de Psicología Clínica para que haga un trabajo terapéutico en los grupos de autoayuda, con un enfoque gestáltico.

Se pretende que dicha intervención le aporte al grupo de autoayuda tanatológica (y a cada persona en particular) no sólo la recuperación y estabilidad emocional que perdió producto del duelo que lo llevó al grupo, sino también una oportunidad de crecimiento personal, mediante el aprendizaje de las experiencias compartidas.

El paso número uno para lograr ese anhelado crecimiento personal y darle correcta atención a los conflictos no resueltos, es darse cuenta de la propia responsabilidad. El “darse cuenta de” es la primera gran ganancia dentro de una terapia, sea ésta individual o de grupo.

La propuesta considera la utilización de la Terapia Gestalt, por ser ésta muy apropiada para terapia de grupos como los grupos de encuentro y los grupos de autoayuda (Banduino, 1982).

La terapia Gestalt considera técnicas y reglas específicas que guían al cliente, paciente o usuario de los grupos, hacia su propio encuentro y su propio conocimiento. En palabras coloquiales se podría decir que dichas técnicas y reglas acorralan al individuo a tomar conciencia y darse cuenta de su propia responsabilidad, tanto de sus actos como de sus sentimientos.

El enfoque gestáltico, mediante sus técnicas, permite que aflore aquello que está en el fondo <figura oculta> y provoque el “darse cuenta de”, es decir, el tomar conciencia de algo que antes no era percibido.

Ese darse cuenta también provocarse en los grupos de autoayuda tanatológica y puede provocarse un trabajo conjunto (Psicología-Tanatología) para atender cuando sea necesario, a ese sector tan amplio de la población que sufre por la muerte de sus seres queridos.

En los grupos de autoayuda muchos pacientes o usuarios refieren sentimientos de tristeza profunda y angustia, para lo cual el enfoque gestáltico dice que estando en el presente y en el ahora, no se puede sentir angustia:

“La angustia es la brecha entre al ahora y el después, si estás en el ahora no puedes sentir angustia. Aquí radica otra razón más para estar en el <ahora>, pues aquí no hay angustia ni ansiedad... la angustia y la ansiedad tienen que ver con el futuro”.

(Fritz Perls, citado por Huneus, 1986)

Es necesario darle otro enfoque y sentido a la muerte, como un hecho inevitable y procurar que no se visualice como algo angustiante, horrible y doloroso. Es necesario llevar a los pacientes dolientes siempre al momento presente, al ahora.

“La razón por la que se siente la muerte como algo horrible es que ésta no se vive en el ahora”. (Olham, 1978)

1. 2 Fundamentos filosóficos de la Gestalt.

La definición de filosofía Gestalt va más allá del Ser, se sitúa en el Estar e integra conceptos, ideas, valores, principios e ideales para situar a las personas en el aquí y ahora, el sí mismo y el darse cuenta con una perspectiva holística (totalidad). Sabiendo que lo que realmente existe es el tiempo presente, buscando la autorresponsabilidad y la conciencia de ser parte de un todo. (Salama 2006)

Uno de los propósitos de la filosofía Gestalt es la de facilitar al individuo que entienda la importancia de asumir la responsabilidad de sus actos, de sus emociones y de su experiencia. Asimismo que encuentre la libertad de ser ella misma, descubriendo lo que no es y eligiendo lo que sí quiere ser; ya que el proceso en la Gestalt se orienta mediante la vivencia al reconocimiento del Ser.

Los valores en Gestalt son el amor, la honestidad, el respeto y la responsabilidad. Estos valores deben mantenerse y ser manifestados en todo trabajo de orientación.

El enfoque de la filosofía Gestalt trata de facilitar que la persona descubra por sí misma cómo se bloquea y mostrarle el camino para superarse. Se orienta a propiciar el desarrollo humano y que las personas potencien sus capacidades y habilidades para la construcción de pensamientos sustentados en su experiencia e intuición. En los cuales la percepción y la emoción faciliten la reconstrucción de situaciones, experiencias, vivencias e implicaciones que incluyan lo negativo para actuar en una forma de vida enfocada hacia lo positivo.

El objetivo supremo del enfoque Gestalt es que el ser humano viva en armonía consigo mismo, con su familia, su pareja, hijos, amigos, compañeros de trabajo y cuyos resultados le permitan ampliar y mejorar su preparación para la vida, diversiones y creencias que lo coloquen en un estado de realización plena y total. (Salama 2001)

1. 3 El existencialismo y la Gestalt

El existencialismo es uno de los más influyentes sistemas filosóficos y culturales que refleja las contradicciones de la vida humana. En su filosofía hay tendencias religiosas pero mayormente ateas, y cada una tiene su enfoque del entendimiento de la vida. En la primera se le otorga primacía a la relación del hombre con Dios y en la atea se considera al individuo como dios. Ambas concepciones manifiestan la misma preocupación por las penas del hombre.

El espíritu de pesimismo y a veces de desesperación caracteriza a todas las tendencias del movimiento existencialista. Entre sus precursores destaca Kierkegaard (1813-1855) filósofo y teólogo quien analizó rasgos de la existencia del hombre como la aflicción, temor, amor, culpa, bien y mal, muerte, consciencia y espanto. Al respecto sostiene que el espanto permanente que sufre un individuo es fruto del sentimiento de abandono en espera de la muerte inevitable. (Ortiz, 2006)

Karl Jaspers (1883-1969) sugirió separar el tiempo axial de la historia y concentrar la atención en aspectos continuos que hay en la vida como la enfermedad, la muerte y sufrimiento, los cuales determinan el sentido principal de la existencia. Sostiene que todo ser debe buscar su individualidad en la vida presente.

Miguel de Unamuno (1864-1936) desarrolló la concepción existencialista en la filosofía y literatura española. Él le atribuyó significado especial a la obra de Don Quijote pues dice que el hombre libra una lucha permanente por un ideal irreal y que cada existencia concreta comprende choques de categorías corrientes y sublimes, de Pragmatismo y lucidez espiritual.

Independientemente de la diversidad de enfoques existencialistas lo que se retoma es la sensibilidad para tratar de atender los problemas de la existencia individual y la confianza en las fuerzas creadoras personales. (Ortiz, 2006)

La Gestalt retoma de la corriente existencial conceptos, en los cuales la palabra existencial ha dejado de tener la acepción clásica de simplemente existir y se ha convertido en la expresión del modo de existir humano, del ser existente en el momento presente y estar en el aquí y el ahora en términos de Gestalt. Asimismo ha integrado conceptos tomados del psicodrama y de la filosofía Zen Budista.

1. 4 El Zen Budista y la Gestalt

El Zen se deriva de las enseñanzas de Lao Tse como una de las contribuciones que se retoma para el concepto de la unidad de los opuestos (Yin y Yang) y que en Gestalt es la integración de las polaridades.

Es una búsqueda de la verdad o Satori, que es la comprensión sorpresiva de la verdad. También se puede expresar como “iluminación” y esto para la filosofía Gestalt se puede comprender cuando un sujeto toma consciencia e integra su sentir, actuar y pensar de forma coherente y congruente. De esta manera se logrará un “darse cuenta” vivenciando lo obvio del aquí y del ahora.

En el budismo se usa la palabra Chi para hacer referencia a la energía o fuerza vital que tiene presencia en todo el universo (agua, aire, tierra, plantas, etc.), asimismo la filosofía Gestalt considera esta energía y fuerza vital como el origen de todo proceso de vida y se interesa en que los seres humanos logremos armonizar nuestras energías, reaprendiendo a vivir en el aquí y el ahora, y sabernos parte del universo.

Respecto al tema del morir el budismo concibe la muerte como un tránsito casi como un cambio de ropaje del cuerpo denso hacia otra vida o hacia un renacer. Y este punto debe ser ampliamente considerado por la filosofía Gestalt debido a que el ser humano debe contemplar la idea de morir como su última Gestalt, como el fin último de la vida para lograr su trascendencia. (Esteve, 2006)

En Gestalt, como en el Zen, todas sus técnicas están ahí para evocar la comprensión de uno mismo y del mundo como el proceso del aquí y ahora (Stevens, 1987).

1. 5 El enfoque holístico y la Gestalt

El filósofo alemán Georg Wilhem Friedrrich Hegel (1770-1831) desarrolló los siguientes postulados relacionados con una nueva manera de resolver problemas, que consistía en analizar el fenómeno como un Todo y considerando a cada una de las partes que lo formaban:

- El Todo es mayor que la suma de sus partes
- El Todo determina la naturaleza de sus partes
- Las partes no pueden comprenderse si se consideran aisladas del Todo
- Las partes están dinámicamente interrelacionadas y además son independientes

Dentro del holismo se inscribe el pensamiento estructuralista como el reconocimiento de que un todo no es la suma de sus partes sino una totalidad regida por relaciones internas en continua contradicción y que constituyen una estructura con un sistema en donde la modificación de un elemento implica la de los demás. (Ortiz, 2006)

Del concepto holístico y de antiguas filosofías orientales ha sido creada la filosofía Gestalt, basándose en el concepto del buen vivir y hacerlo en armonía con el universo.

En la filosofía Gestalt el hombre debe ser contemplado de forma holística, involucrando cuerpo, mente y emociones y reconociendo y aceptando sus emociones básicas (miedo, alegría, tristeza, enojo y afecto) dándose cuenta de cómo afectan éstas a su cuerpo y a su mente. Esto es lo holístico, lo integral, interdependiente e interrelacionado. (Esteve, 2006)

1. 6 El humanismo y la Gestalt

La afirmación de muchos existencialistas de que “La existencia quiere decir el ser humano y de que ser humano quiere decir la existencia” es lo que corresponde al surgimiento o concepción del nuevo Humanismo. La concepción atea fue fomentada por Jean Paul Sartre.

Nace en París (1905-1980) huérfano de padre. En 1935 residió en Alemania como becario y entró en contacto con la fenomenología de Husserl y las ideas existencialistas de Heidegger que influyeron profundamente en la evolución de su pensamiento. Participó en la 2ª. Guerra mundial como soldado y luego como colaborador contra los nazis. Una vez terminada la guerra se dedicó al estudio de la filosofía y la redacción de múltiples obras, entre ellas “El existencialismo es un Humanismo” (1946), de tal manera que el existencialismo da lugar al Humanismo.

El Humanismo es un movimiento filosófico europeo que surge a raíz de los estragos y dramas socio-filosóficos consecuentes a la guerra. Dilemas humanos, dilemas del existir.

También es una filosofía que discute y propone soluciones a los problemas inherentes a la condición humana, como el absurdo de vivir, la significancia o insignificancia del ser, el eterno tema del tiempo, la libertad ya sea física o metafísica, la relación Dios-hombre, el ateísmo y la naturaleza del hombre. (Ortiz, 2006)

La teoría humanista y el enfoque Gestalt nacen con la finalidad de facilitar el crecimiento del potencial humano, enfatizan la observación no manipulativa de la conducta en el aquí y ahora y se centran en la importancia del proceso de toma de conciencia de la persona, con un enfoque holístico de cómo está viviendo y creándose a sí misma. Todo esto para comprender el proceso de crecimiento a través del auto descubrimiento de sus propias posibilidades, para satisfacer sus necesidades, tomando contacto consigo mismo y con los elementos del ambiente, identificando aquellos que le son tóxicos y los que puede asimilar. (Salama, 2001)

1. 7 Marco conceptual y metodológico de la Psicoterapia Gestalt

De las filosofías revisadas anteriormente surge y toma forma la Psicoterapia Gestalt. Ésta engloba un marco conceptual y un marco metodológico. Están basados en el Existencialismo, el Humanismo, el Holismo y con una gran influencia del Budismo Zen.

Fritz Perls, su esposa Laura Posner, Isadore Fromm, Paul Goodman, Jim Simkin, entre otros, decidieron estructurar y difundir una psicoterapia humanista como lo es la psicoterapia Gestalt. Tal vez no imaginaron que llegaría a ser una de las más completas y accesibles a todas las ramas donde el ser humano tiene presencia. (Salama, 2001)

Lo obvio, el darse cuenta y el aquí y ahora son características básicas de la Psicoterapia Gestalt y todos son conceptos retomados de las filosofías orientales.

Llegar a ser un psicoterapeuta Gestalt implica una gran responsabilidad y a la vez una buena manera de facilitar procesos de crecimiento y bienestar a los miembros de la sociedad en la cual nos encontramos. Por ello se requiere dar una mayor importancia a la metodología, investigación y mucha preparación.

La Psicoterapia Gestalt se apoya en un modelo teórico que es referencial, integrativo e inclusivo, es decir que toma conceptos de diferentes enfoques tanto psicológicos como filosóficos y los integra en un todo coherente. Su metodología se encuadra en el área científica, dado que sigue el método científico. Y en lo referente en cómo se aplica, si además de seguir una metodología específica, y dependiendo del estilo propio, contacto y experiencia del terapeuta y de la manera en cómo facilita el trabajo, entonces también se convierte en un arte. (Salama 2001)

Starak (1984) nos facilita una síntesis de lo que es la Terapia Gestalt, resumida en los siguientes puntos:

- La Gestalt es un sistema de integración
- Que enfatiza en los sistemas del darse cuenta, en oposición a las modalidades de pensamiento, conocimiento y uso del intelecto
- Que acepta las experiencias en oposición al análisis
- Que enfoca en el darse cuenta, en el aquí y el ahora
- Que cree que la llave del cambio se encuentra en el presente
- Que se apoya en la centración para resolver los conflictos que surgen con las polaridades
- Que enfatiza la autorresponsabilidad en oposición a culpar las fuerzas externas a la persona
- Que utiliza técnicas de observación y experimentación

“La terapia Gestalt no es sólo una teoría o un método terapéutico, sino una forma de vida, una filosofía, un arte de vivir”. (Canales, 1999)

También se define como la relación que surge entre un sujeto y un objeto, el cual puede ser otra persona, un sentimiento o cualquier otra cosa. Dicha relación está basada en una necesidad personal que busca su realización. Y una vez que ha sido satisfecha desaparece la relación. Por eso son fundamentales los conceptos de necesidades corporales y de situaciones inconclusas, pues al quedar satisfecha la necesidad del individuo, al dar y tomar del medio ambiente, la Gestalt se completa y la situación se termina como termina el hambre después de ingerir alimento.

Así que la terapia Gestalt sirve como una orientación para vivir. Es un recordatorio de que el “darse cuenta” es siempre útil, ya que proporciona técnicas y estrategias para responsabilizarnos mediante la plena conciencia de nuestros actos.

Es una terapia vivencial, basada en la experiencia, antes de ser simplemente una terapia verbal o interpretativa. Por ejemplo, al pedirle al paciente que no hable de sus traumas en tiempo pretérito sino que los reviva y los relate en tiempo presente, se logra que contacte sus situaciones incompletas y las traiga al aquí y al ahora. Y mediante la observación de sus gestos, respiración, emociones manifiestas, su voz, su tono y sus expresiones, se le guía a darse cuenta y ser consciente de ello. (Canales, J. 1999)

1. 8 Reglas básicas de aplicación en la psicoterapia Gestalt.

Canales (1999) cita de manera resumida las siguientes reglas básicas de aplicación en la psicoterapia Gestalt, según el entonces Instituto Mexicano de Psicoterapia Gestalt, hoy convertido en la Universidad Gestalt de América, ubicada en la ciudad de México y cuyo rector es el doctor Héctor Salama R. Muchas de estas reglas de aplicación han sido aportadas por autores como Fritz Perls, Martin Buber, Joseph Zinker, entre otros.

- 1. El principio del ahora.** Este es uno de los principios más vigorosos y más fecundos de la Terapia Gestalt (TG). Con el fin de fomentar la conciencia del ahora, y facilitar así el darse cuenta, se sugiere a la gente que comunique sus experiencias en tiempo presente. La forma más efectiva de reintegrar a la personalidad las experiencias pasadas es traerlas al presente, actualizarlas. Hacer que el sujeto haga de cuenta que lo pasado está ocurriendo ahora. Para ello hacemos preguntas como las siguientes: ¿De qué tienes conciencia en este momento? ¿De qué te das cuenta ahora? ¿A qué le tienes miedo ahora? ¿Qué estás evitando actualmente? ¿Cómo te sientes en este momento? ¿Qué deseas hacer?

2. **La relación Yo-Tú.** Con este principio se procura expresar la idea de que la verdadera comunicación incluye tanto al receptor como al emisor. Al preguntar ¿A quién le estás diciendo eso? se le obliga al sujeto a enfrentar directamente al receptor, al otro. De este modo puede solicitársele al paciente que mencione el nombre de la otra persona; que le haga preguntas directas por cualquier duda o curiosidad; o que incluso le exprese su estado de ánimo o sus desacuerdos, etc. Se busca que tome conciencia de la diferencia que hay entre "hablarle a su interlocutor" y "hablar delante de él". ¿Estás evitando tocarlo con tus palabras o rehuirle su mirada?

3. **Asumir y forzar la propiedad del lenguaje y la conducta, y hacer que se responsabilicen por cuanto dicen o hacen.** Esto se vincula directamente con el lenguaje personal e impersonal. Es común que para referirnos a nuestro cuerpo, a nuestras acciones o emociones, utilicemos la conjugación de segunda o tercera persona. "Me causas pena" en lugar de "Yo siento pena"; "Mi cuerpo está tenso" en lugar de "Yo estoy tenso", "Uno piensa que" en lugar de "Yo pienso que", etc. Podemos guiar a que se convierta el lenguaje impersonal en personal para aprender a identificar mejor la conducta y asumir la responsabilidad por ella. Como consecuencia, es más probable que el individuo se vea más como un ser activo, que "hace cosas", en lugar de creerse un sujeto pasivo, al que "le suceden cosas".

4. **En Gestalt está prohibido decir "no puedo"; en su lugar se debe decir "no quiero", esto es, ser asertivo.** Muchas veces el sujeto se niega a actuar, a experimentar, a entrar en contacto, descalificándose antes de intentarlo siquiera. No se puede obligar a la persona a hacer algo que no desea, pero sí se le puede exigir

“responsabilidad” y que asuma las consecuencias de su decisión evasiva, para lo cual un honesto "no quiero" es lo más adecuado. También debe procurarse que el paciente se dé cuenta de sus "peros", "porqués", "no sé", etc. Siempre se considera que el lenguaje es una herramienta muy poderosa que aporta información consciente e inconsciente de los individuos. Se puede detectar a los que simplemente no quieren hacer contacto con algo en particular y prefieren poner una muralla de palabras.

- 5. El continuum del darse cuenta.** El dejar libre paso a las experiencias presentes, sin juzgarlas ni criticarlas, es algo imprescindible para integrar las diversas partes de la personalidad. No buscar grandes descubrimientos en uno mismo, no "empujar el río", sino dejarlo fluir libremente.

Asumir todo el tiempo una “Actitud Gestáltica” más que una “perfección de Terapia Gestáltica”.

- 6. No murmurar:** Toda comunicación, incluso las que se supone son "privadas" o que "no interesan al grupo", debe ventilarse abiertamente en él o en su defecto evitarse. Las murmuraciones, los cuchicheos sobre los demás, las risitas cómplices, suelen ser evitaciones y formas de rehuir el contacto, además de faltar el respeto al grupo e ir contra su cohesión. Esta regla tiene por fin el promover sentimientos e impedir la evitación de sentimientos.

- 7. Traducir las preguntas en afirmaciones; salvo cuando se trate de datos muy concretos.** Preguntas como "¿Puedo ir al baño? ¿Me puedo cambiar de sitio? ¿Me puedo ir?", etc., deben ser traducidas a "Quiero ir al baño; Me quiero cambiar de sitio; Me quiero ir". Así, el preguntón asume su responsabilidad y las consecuencias

de lo que afirma, en lugar de adoptar una postura pasiva y de proyectar su responsabilidad en el otro, a fin de que el otro le dé la autorización.

8. **Prestar atención al modo en que se atiende a los demás.** ¿A quién le prestamos atención? ¿A quién ignoramos?, etc.

9. **No interpretar ni buscar "la causa real" de lo que el otro dice.** Simplemente escuchar y darse cuenta de lo que se siente en función a dicho contacto.

10. **Prestar atención a la propia experiencia física, así como a los cambios de postura y gesto de los demás.** Compartir con el otro lo que se observa, lo obvio, mediante la fórmula de "ahora me doy cuenta de".

11. **Aceptar el experimento de turno; correr riesgos al participar en la discusión.** Considerar, aunque no se haga explícito, que todo lo dicho y vivido en el grupo es estrictamente confidencial.

Lo importante es la "Actitud Gestáltica".

Es importante recordar que estos procedimientos o técnicas basados en el Enfoque Gestalt son sólo un apoyo para lograr los objetivos terapéuticos dentro de un grupo de autoayuda, pero no constituyen en sí la Terapia Gestalt. Lo importante, lo realmente terapéutico, es la

"actitud gestáltica" que se adopte, el reconocimiento de la importancia de los procesos y el respeto por el ritmo individual del grupo. No empujar el río sino dejarlo fluir. Tampoco aplicar las técnicas estereotipadamente sin la filosofía ni la flexibilidad que el grupo va requiriendo. (Castanedo, 1995)

Aquí sólo está presentado lo básico sobre Psicoterapia Gestalt, aunque hay muchísimo más por describir, ya que la psicoterapia Gestalt engloba un marco conceptual y un marco metodológico donde entra el Existencialismo, el Humanismo, el Realismo y el Budismo Zen.

Naranjo (2006) menciona que los objetivos que persigue la terapia Gestalt, de manera resumida, son los siguientes:

- Vivir en el ahora
- Vivir en el aquí
- Dejar de imaginar y fantasear en exceso sustituyendo al contacto real
- Dejar de pensar innecesariamente sustituyendo a la acción
- Dejar de aparentar o jugar al "como sí"
- Expresarse y comunicar
- Sentir las cosas desagradables y el dolor
- No aceptar ningún "debería", más que los propios, impuestos por uno mismo en base a nuestras necesidades y experiencias
- Tomar completa responsabilidad de las acciones, sentimientos, emociones y pensamientos propios
- Ubicar al paciente entre lo que es real y lo que es imaginario, fantasioso y preocupante

1. 9 La psicoterapia existencial y el estudio de la muerte

La psicoterapia existencial aborda, estudia y considera los temas del existir y no existir, vida y muerte; temas relacionados con la existencia. Así podemos entender el campo de la psicoterapia existencial.

La psicoterapia existencial está dividida en cuatro secciones, cada una de las cuales explora, desde una perspectiva clínica, una de las preocupaciones existenciales centrales: la muerte, la libertad, el aislamiento y el significado de la vida. Resulta interesante analizar el concepto de muerte y sus implicaciones para la psicoterapia, específicamente la terapia de grupo desde la psicoterapia existencial.

El temor a la muerte juega el papel principal en nuestra experiencia interna, nos persigue como ningún otro, retumba continuamente bajo la superficie, es una oscura y desconcertante presencia al filo de la conciencia.

Desde temprana edad se adquiere la preocupación dominante y la principal tarea de su desarrollo mental es ocuparse de los temores aterradores sobre ella. Para hacer frente a esos temores erigimos defensas contra la conciencia de la muerte, defensas que están basadas en la negación, que configuran la estructura del carácter y que, de haber inadaptación vienen como resultados síndromes clínicos o psicopatologías.

Sin embargo puede construirse un enfoque robusto y eficaz de la psicoterapia fundamentado en la conciencia de la muerte.

La psicoterapia existencial resalta los siguientes tópicos sobre la muerte (Yalom, 2000):

1. La vida y la muerte son interdependientes. Existen simultáneamente y no consecutivamente. Psicológicamente se funden la una dentro de la otra.
2. La muerte es la fuente primordial de la ansiedad y como tal, la fuente primaria de la psicopatología. Todos los individuos se enfrentan a la ansiedad de la muerte, la mayoría desarrolla modos de afrontarla que resultan adaptativos; modos que constan de estrategias basadas en la negación, tales como la supresión, la represión, el desplazamiento, la creencia en la omnipotencia personal, la aceptación de las creencias religiosas y los esfuerzos personales por superar la muerte. Estrategias dirigidas hacia una inmortalidad simbólica o aceptada.
3. La confrontación con la muerte puede provocar un cambio personal positivo. Tolstoi (1931) en *Guerra y Paz* proporciona una ilustración de cómo la muerte puede instigar un cambio personal radical. El mismo autor (1960) en *La Muerte de Iván Ilich*, el personaje descubre que está teniendo una mala muerte porque ha tenido una mala vida y en los pocos días de vida que le restan opera en él una transformación para su crecimiento personal. Puede activarse un mecanismo hacia la acción.
4. El concepto de muerte provoca ansiedad y esto ocupa la atención especial en la psicoterapia. La ansiedad de la muerte influye en la experiencia y la conducta humana. También puede definirse como miedo a la muerte, terror mortal, miedo a la finitud, etc.
5. La incorporación de la muerte a nuestra vida la enriquece pues permite a los individuos que se alejen de las trivialidades sin problemas y vivan con un propósito y de forma más auténtica.
6. Hay falta de atención a la muerte tanto en la teoría como en la práctica de la psicoterapia. El diálogo de la psicoterapia raramente incluye el concepto de la muerte, es pasada por alto de una forma notoria y en casi todos los aspectos del campo de la salud mental: teoría, investigación básica y clínica, informes clínicos y

todas las formas de la práctica clínica. Salvo la atención prestada al paciente moribundo.

7. Algunos terapeutas afirman que las preocupaciones sobre la muerte no son expresadas por sus pacientes y por lo tanto abordan otros temas. Más bien considera que los terapeutas no están preparados para oírlos y no incorporan a su saber los conocimientos necesarios. Dice que un terapeuta que es receptivo, y que investigue las preocupaciones del paciente, se encontrará el tema de muerte continuamente en su trabajo cotidiano.
8. Ante el anuncio o noticia de muerte, la primera reacción en el individuo es la negación. Surge como un mecanismo de defensa que protege momentáneamente a la mente, mientras ésta se adapta a la nueva realidad.
9. Una conciencia de la muerte nos aparta de las preocupaciones triviales y proporciona a la vida profundidad y patetismo, además de proporcionar una perspectiva completamente diferente, porque la muerte es una situación límite.
10. La muerte nos recuerda que la existencia no puede ser aplazada y que la finitud llegará. Yalom sugiere que demos gracias conscientemente por cuanto tenemos. El afirma que vivimos distraídos con los pensamientos acerca de lo que no tenemos o lo que no podemos hacer, por preocupaciones insignificantes o temores nuestro presente.

1. 10 La psicoterapia de grupo y la conciencia de muerte.

Si los psicoterapeutas aceptamos que la conciencia de la muerte personal puede servir de catalizador en un proceso de cambio personal, entonces nuestra tarea consiste en facilitar en el paciente la conciencia de la muerte.

La muerte de un ser próximo supone el reconocimiento más íntimo que uno puede tener de la propia muerte.

“Hemos constituido un <nosotros> con la persona fallecida. Y es en este <nosotros> que tomamos conciencia viva de que hemos de llegar a tener nuestra propia muerte. Mi comunidad con esa persona parece haberse interrumpido; pero esta comunidad en algún grado era yo mismo; siento la muerte en el corazón de mi propia existencia”. Landsburg (citado por Yalom, 2000)

Existen algunas ayudas para incrementar la conciencia de la muerte, aunque los recordatorios de la presencia de la muerte se presentan de forma natural. Hay técnicas fértiles para llevar a las personas, aunque no sean pacientes enfermos ni moribundos, a enfrentarse con el hecho de la muerte. (Yalom 2000)

Una de las ayudas importantes las proveen los grupos de autoayuda tanatológica en los cuales asisten personas enfermas terminales, personas que recién se enteran que poseen alguna enfermedad y familiares de personas que han fallecido. El asistir y ser parte de esos grupos permite adquirir suficiente conciencia de la muerte y se convierte en una psicoterapia de grupo.

El terapeuta y conductor del grupo necesita un periodo de varios meses de aprendizaje y exposición a grupos tanatológicos para manejar su propia ansiedad y terror hacia la muerte de modo que pueda hacer un trabajo efectivo.

1. 11 Terapia de grupo con personas que han perdido a un ser querido

Los grupos con personas afligidas por la pérdida de un ser querido, tanto los dirigidos profesionalmente (subvencionados por los hospitales, las residencias, los centros de salud mental y las iglesias) como los grupos de autoayuda, han proliferado durante las tres últimas décadas.

Yalom (2000) se pregunta hasta qué punto son eficaces y si debería la política pública de salud mental formar y ofrecer estos grupos a todos los individuos afligidos.

La investigación existente no proporciona una respuesta a estas preguntas porque prácticamente cada estudio utilizaba una muestra autoseleccionada de personas que habían sufrido la pérdida de un ser querido, sin embargo sí buscaban la ayuda de “ayudadores” profesionales. Por lo tanto Yalom y Lieberman (1980) ofrecieron una experiencia de grupo a una población a quienes se les hubiera muerto un cónyuge.

Esa investigación tenía varios objetivos: Desarrollar técnicas especializadas apropiadas para el conductor de un grupo con ese tipo de personas, entender profundamente los temas importantes que afrontaban los miembros del grupo, registrar el resultado de una breve intervención de grupo y finalmente verificar una observación que había hecho con la terapia individual con las personas afligidas: a saber, que una faceta, a menudo olvidada, de las personas que han perdido a un ser querido es que la muerte del otro nos pone frente a nuestra propia muerte, y que parte del trabajo del duelo consiste en integrar esta confrontación.

Al respecto se generaron varios artículos con esta investigación. Uno dedicado a los resultados y se mostró que eran grupos de terapia eficaces. Y otro artículo daba cuenta que casi un tercio del grupo de cónyuges viudos y viudas, experimentaron una confrontación existencial que dio como resultado un crecimiento personal inesperado.

1. 12 El terapeuta gestáltico.

Tomando en cuenta las características de la terapia gestáltica, podría decirse que las tareas del terapeuta son las siguientes, según Fagan, J. y Shepard (1973):

1. Pautamiento: Elaborar normas a cumplir con los pacientes dentro de la psicoterapia.
2. Control: Ser capaz de persuadir al paciente para seguir los procedimientos fijados por él.

3. Potencia: Ser capaz de acelerar y provocar el cambio en el paciente hacia una dirección positiva.
4. Humanidad: Involucrarse en la situación terapéutica. Interesarse en el paciente en un plano personal y afectivo
5. Compromiso con su profesión: Comprometerse con su desarrollo continuo, para incrementar su comprensión y capacidad.

2.2 Grupos y sus definiciones

El concepto de grupo es sumamente importante pues éste es la unidad básica en el estudio de la organización de los seres humanos desde un punto de vista psico-socio-antropológico. Por lo tanto para poder estudiar a un grupo es necesario identificar sus diferentes dimensiones con una aproximación interdisciplinaria. Son diversos los criterios que se han tomado en cuenta para definir a un grupo. Se han considerado, por ejemplo, el tamaño, la duración, el grado de formalización, las actividades, la estructura interna, los objetivos, etc.

Monroy de Velasco (1994) recopila una gran información acerca de los grupos, sus técnicas y tácticas y retoma las siguientes definiciones, según los autores más relevantes:

Olmsted dice que *“Un grupo es un número reducido de miembros que interactúan cara a cara y forman lo que se conoce como grupo primario”*.

Lindgren define a los grupos primarios como *“Aquellos en que las relaciones interpersonales se llevan a cabo directamente y con gran frecuencia, además suelen realizarse en un plano más íntimo y existe mayor cohesión entre sus miembros”*.

Lewin, a su vez nos dice que la similitud entre las personas sólo permite su clasificación o reunión bajo un mismo concepto abstracto, en cambio, el hecho de pertenecer al mismo grupo social implica la existencia de *interrelaciones concretas y dinámicas* entre dichas personas. Para él los grupos fuertes y bien organizados, lejos de ser totalmente homogéneos, contienen una variedad de subgrupos e individuos, por lo que desde su punto de vista, no es la similitud o la disimilitud lo que decide la existencia de un grupo social, sino la *interdependencia* de sus miembros.

Sprott opina que la interacción de los miembros es básica para definir un grupo. Para este autor *“Un grupo, en sentido psicosociológico, es una pluralidad de personas que interaccionan en un contexto dado, más de lo que interaccionan con cualquier otra persona”*.

R. F. Bales define a un grupo como *“Cualquier número de personas que interactúan entre sí cara a cara, en un encuentro o en una serie de encuentros, en donde cada miembro logra una percepción de los demás participantes, lo bastante distinta que lo capacita, en ese momento o en un momento posterior, a dar alguna reacción a cada uno de los otros miembros como persona individual”*.

G. C. Homans define por grupo *“Cierta cantidad de personas que se comunican a menudo entre sí y que son lo suficientemente pocas para que cada una de ellas pueda comunicarse con todas las demás de forma directa”*.

Ciertos escritores de la tradición psicoanalítica, más preocupados por los *aspectos psicológicos de los grupos* que por la interacción o sus productos, han hecho hincapié en un tipo diferente de *interdependencia*.

Según **Freud**, *“Dos o más personas constituyen un grupo psicológico si han escogido el mismo objeto-modelo (líder) o los mismos ideales, o ambos, en sus superegos, por consiguiente, se han identificado entre ellos”*.

Redl postuló *“La formación de grupos también ocurre cuando varios individuos han usado los mismos objetos como medios de liberar conflictos internos similares”*. Sostiene que el líder podría ser objeto de identificación en base al amor que por él tienen los miembros del grupo; puede ser un objeto de las pulsiones de vida y amor. Como resultado de esos nexos comunes con el líder, todos pueden funcionar juntos en cualquier momento, surgiendo los lazos afectivos entre los individuos.

Kelch dice *“Un grupo puede definirse como dos o más personas con relaciones interdependientes y que comparten una ideología, es decir, valores, creencias y normas que regulan su conducta mutua”*.

Algunos psicólogos han centrado su atención en la *gratificación* que los miembros obtienen de pertenecer al grupo. Afirman que si las relaciones proporcionan algún tipo de satisfacción a cada uno de los miembros, dicha reunión permanecerá como entidad social distintiva.

Por último, **Bans** expresa: “*Un grupo se define como un conjunto de individuos, cuya existencia como conjunto los recompensa*”. Información presentada por Levistein (2009)

2. 3 Grupos de Autoayuda

“Puesto que nosotros los profesores tenemos una profesión muy exigente y experimentamos a menudo la frustración de no ver realizadas nuestras aspiraciones en relación con el alumnado o con nuestra carrera, deberíamos utilizar, más que otros profesionales, este recurso que nos hace sentir parte de un pequeño grupo colectivo, que además nos reconoce y nos proporciona grandes compensaciones y estímulos”

(Monroy de Velasco, 1994)

El primer grupo de autoayuda del que se tiene conocimiento es el de Alcohólicos Anónimos (Grupo AA) que inició el 10 junio de 1935 en Nueva Inglaterra, USA. Después que se formó ese primer grupo que dio grandes resultados de recuperación, otros miembros decidieron crear nuevos grupos a partir de ese modelo “terapéutico” y se ha extendido a muchos otros países fuera de los Estados Unidos.

En la actualidad se le reconoce como un grupo de autoayuda efectivo por sus excelentes resultados en el <rescate> de personas con adicciones al consumo del alcohol.

En su Libro Grande; Texto Básico de Alcohólicos Anónimos (2001, p.170) se citan extractos de algunos comentarios hechos por médicos del Estado de Nueva York, durante una ponencia sobre Alcohólicos Anónimos, en ella reconocen al grupo AA como importante recurso terapéutico con altos índices de recuperación. Los comentarios citados son los siguientes:

El Dr. Foster Kennedy, neurólogo (2001), dice: “La organización de Alcohólicos Anónimos apela a dos de las fuentes más grandes de poder conocidas por el ser humano: la relación con Dios y el instinto gregario de asociarse con sus semejantes”. Creo que nuestra profesión debe reconocer este magnífico recurso terapéutico; si no lo hacemos, tendremos que declararnos culpables de esterilidad emocional y de haber perdido esa fe que mueve montañas, sin la cual es poco lo que la medicina puede hacer”.

El Dr. G. Kirby Collier, psiquiatra (2001), expone: “Tengo la impresión de que Alcohólicos Anónimos es una asociación por y para sí misma y que sus mejores resultados pueden conseguirse bajo su propia dirección, como consecuencia de su filosofía. Cualquier procedimiento terapéutico o filosófico que registre un índice de recuperación del 50% al 60%, como el de ellos, merece nuestra consideración”.

A partir del modelo terapéutico de los grupos de AA se han creado otros grupos de autoayuda reconocidos como: Neuróticos anónimos (NA), Narcóticos anónimos, Soroptimistas, Tragones anónimos, etc.

Al parecer, para la realización completa del potencial que representan los grupos de autoayuda, como un sistema natural de servicios, parece necesario el estímulo y la inversión social. Sin embargo, al observar la existencia de diversos grupos de autoayuda se comprueba que sí es posible iniciar un nuevo grupo, siempre y cuando se tenga la voluntad,

se cuente con un espacio o un contacto en instituciones de servicio social, médicos o religiosos, que crean y apoyen estos proyectos de ayuda social (Tello, 2005).

2. 3. 1 Concepto y definición de grupos de autoayuda

Es difícil encontrar una definición de grupos de autoayuda que haga justicia a la gran diversidad de organizaciones existentes. De entre las numerosas definiciones que se han dado, destaca la propuesta por **Katz y Bender** (1976) por su grado de amplitud; dicha definición es la siguiente y ha sido adoptada por la Organización Mundial de la Salud:

“Los grupos de auto-ayuda son grupos pequeños y voluntarios, estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico. Estos grupos están integrados habitualmente por iguales que se reúnen para ayudarse mutuamente en la satisfacción de una necesidad común, para superar un hándicap común o problemas que trastornan la vida cotidiana y conseguir cambios sociales y/o personales deseados. Los iniciadores y miembros de estos grupos perciben que sus necesidades no son o no pueden ser satisfechas por las instituciones sociales existentes. Los grupos de autoayuda mutua enfatizan la interacción social cara a cara y la responsabilidad personal de sus miembros. Con frecuencia proporcionan ayuda material así como apoyo emocional; están orientados a la causa del problema y promueven una ideología o conjunto de valores a través de los cuales los miembros del grupo pueden obtener e incrementar un sentimiento de identidad personal“.

Otra definición propuesta como resultado del célebre Surgeon-General Workshop on Self-Help and Public-Health (1987) es la siguiente:

“Los grupos de auto-ayuda son grupos auto-gobernados cuyos miembros comparten una preocupación común y se dan mutuamente apoyo emocional y ayuda material; son gratuitos

o solicitan una pequeña cuota para ser miembros y valoran especialmente el conocimiento y la experiencia con la creencia de que éste proporciona una especial comprensión de una situación. Además de proveer apoyo mutuo para sus miembros, estos grupos pueden también involucrarse en actividades de información, educación, ayuda material y de acción social en sus comunidades”. (US Department of Health and Human Services, 1987).

Por último, con criterios similares la Red Nacional de Centros para la Ayuda Mutua (NNMHC) formada por organizaciones americanas y canadienses (Gracia, 1997) elaboró una definición del trabajo de los grupos de autoayuda que destaca las siguientes características:

1. La autoayuda o apoyo mutuo es un proceso en el que las personas que comparten experiencias, situaciones o problemas comunes pueden ofrecerse una perspectiva única, que otras personas que no comparten esas experiencias no pueden ofrecer.
2. Los grupos de auto-ayuda son dirigidos por y para sus miembros. Los profesionales pueden participar en el proceso de auto-ayuda siempre que esta participación sea aprobada y solicitada por el grupo, siendo su rol auxiliar o de consulta.
3. Las actividades se centran en el apoyo social a través de discusiones, compartiendo información y experiencias, aunque también pueden incluir otras actividades y formas de interactuar.
4. Los grupos de autoayuda se encuentran abiertos a miembros del público en general que experimenten preocupaciones o problemas similares.
5. Los grupos de autoayuda se reúnen en sesiones cara a cara con regularidad y en forma continuada. Los grupos son voluntarios y abiertos a nuevos miembros.
6. La participación en los grupos de autoayuda es gratuita aunque a veces se solicitan donativos a título personal.

Autoayuda es el nombre popular de lo que es la provisión mutua de apoyo, orientación y ayuda práctica (Pizzo, 1987).

Para Kauffman (1992) el término autoayuda es apto y apropiado para el propósito de estos grupos. El término autoayuda es reflexivo, no remite a ningún objeto externo. La acción del grupo se dirige hacia sí mismo. Su objetivo como grupo es ayudarse a sí mismo.

2. 3. 2 Agrupaciones de los grupos de autoayuda

Powell (1987) propone cinco tipos de organizaciones o agrupaciones para formar grupos de autoayuda, de acuerdo a diferentes características:

1. Organizaciones que persiguen lograr cambios específicos de conducta, con el propósito de controlar algún tipo de hábito, adicción o compulsión (alcohol, tabaco, droga, pornografía, comida o juego de apuestas)
2. Organizaciones cuyos objetivos son de naturaleza general y tratan un amplio rango de problemas (estados de ansiedad, pérdida de seres queridos, padres con tendencias abusivas)
3. Grupos para personas con un estilo de vida que sufren intencionalmente o no, algún tipo de discriminación (homosexuales, lesbianas, personas divorciadas, viudas, jubiladas o ex prisioneros)
4. Grupos para padres, familiares, parejas, etc. (es decir, otros significativos) de personas cuyas conductas genera altos niveles de estrés y ansiedad y cuyo principal objetivo es el apoyo mutuo y la acción social (familiares de personas enfermas mentales, Dawn, padres de niños con discapacidades, familiares de personas alcohólicas)

5. Grupos para personas con hándicaps físicos o enfermedades crónicas y que tratan de facilitar la adaptación de la persona y ofrecer recursos y apoyo emocional (personas y niños enfermos de cáncer, enfermos de sida, operados del corazón, diabéticos, etc.)

2. 3. 3 Los grupos de autoayuda en la Psicología de la Salud

Los grupos de autoayuda tienen características que los hacen especiales. Marie Killilea (1976) investigó, trabajó y logró una exhaustiva revisión de este tipo de grupos y nos menciona esas características:

- a) La ayuda como terapia. En una situación en la que una persona ayuda a otras con un problema común; quien proporciona ayuda puede ser quien más se beneficie de ese intercambio. Sentirse útil le da sentido a su vida y puede cambiar el rumbo de sus acciones.
- b) Las experiencias comunes de sus miembros les demuestran que no son únicos con sus problemáticas y que aún hay situaciones peores. El proveedor y el receptor de la ayuda comparten un mismo problema. Sentirse ayudado y poder ayudar le da sentido a sus vidas.
- c) Creencia y fuerza de voluntad colectivas. Se busca en otras personas del grupo la validación de los sentimientos y actitudes.
- d) Intercambio de información. Se promueve una comprensión factual de los problemas, en lugar de la comprensión intrapsíquica.
- e) Acción constructiva hacia metas compartidas. Los grupos están orientados hacia la acción, los miembros aprenden y cambian mediante la reflexión.

2. 3. 4 Categorías de los grupos de Autoayuda

Marie Killilea (1976) también propone las siguientes categorías de los grupos de autoayuda, en términos de las actividades que desempeñan, basándose y documentándose en una amplia y extensa revisión de literatura:

1. Asistencia social; un factor en la evolución
2. Sistemas de apoyo
3. Un movimiento social
4. Un movimiento espiritual o tipo de religión secular
5. Un producto de las fuerzas políticas y sociales que configuran los servicios de ayuda
6. Un fenómeno de los servicios de la sociedad
7. Una expresión del ideal democrático; participación del público en los ámbitos de la salud física y emocional
8. Un sistema asistencial alternativo
9. Un accesorio o complemento potencial a las profesiones y a los sistemas o instituciones formales de ayuda
10. Un elemento en un sistema asistencial planificado
11. Una comunidad intencionalmente creada
12. Una subcultura; una forma de vida
13. Una comunidad suplementaria
14. Una comunidad provisional / transicional
15. Agencias de control social y resocialización
16. Grupos de influencia expresiva / social
17. Organizaciones de personas desviantes y estigmatizadas
18. Un vehículo para ayudar a mantener déficit y males crónicos o de largo plazo
19. Un vehículo para ayudar a manejar transiciones del ciclo vital (muertes)
20. Un método terapéutico

2.3.5 Procesos y apoyo emocional en los grupos de autoayuda

Katz (1993) sostiene que el apoyo emocional es la categoría de ayuda más buscada y más intercambiada en los grupos de autoayuda, y probablemente es uno de los aspectos que mayor significación tiene para sus miembros. En este sentido la ayuda y apoyo emocional de otras personas con problemas similares es uno de los principales atractivos de este tipo de grupos.

Dentro de los grupos de autoayuda el apoyo emocional puede adoptar diversas formas y ocurre en diversos procesos. Katz (1993) cita los siguientes diez procesos que expresan y proveen apoyo emocional:

1. Refuerzo positivo. El grupo aplaude o recompensa las conductas deseables.
2. Se comparten las experiencias, pensamientos y sentimientos cotidianos con otros miembros del grupo.
3. Se ofrece feedback (retroalimentación). Los miembros del grupo revelan sus sentimientos e impresiones acerca de otros miembros en interacciones cara a cara.
4. Los miembros se tranquilizan y se refuerzan mutuamente acerca de su capacidad para manejar sus problemas.
5. Se justifican los sentimientos o acciones en respuesta a situaciones determinadas.
6. Afirmación mutua. Los miembros se refuerzan mutuamente acerca de su valía personal.
7. Empatía. Cuando se expresan emociones los miembros hacen saber que entienden y comparten esos sentimientos.
8. Normalización. Cuando un miembro describe sus acciones o emociones como raras o anormales los otros miembros del grupo tratan de hacerle ver que esa conducta es normal (cuando así lo es).

9. Se ofrece esperanza con respecto al éxito en la solución de los problemas.
10. Catarsis. El grupo facilita la descarga emocional.

Otra característica común de estos grupos, que también estimula y facilita la revelación de aspectos personales, en su acercamiento basado en la aceptación, la evitación de juicios de valor, actitudes tolerantes y el apoyo continuo, elementos que de acuerdo con Katz (1993) constituyen la base del apoyo emocional.

2. 3. 6 Intervención psicológica con terapia Gestalt en grupos de autoayuda tanatológica

No se encontró registro de algún tipo de grupo de autoayuda en donde haya intervención psicológica con terapia Gestalt s y por ello se hace esta propuesta, como una oportunidad de hacer algo novedoso, atractivo y efectivo.

Castanedo (1995) dice “Todo parece indicar que la esencia de la psicoterapia grupal reside en la habilidad del terapeuta por despertar la esperanza del cliente, reforzar su autoestima, mover sus emociones para trabajar con ellas e incrementar sus contactos con grupos de soporte <grupos de autoayuda>. Todo esto se consigue con talleres o grupos de encuentro”. Estas palabras son fuente de motivación para capacitarse y procurar mayor profesionalismo, a fin de ofrecer esta ayuda de intervención psicológica aplicando la técnicas gestálticas.

Goulding (1987) afirma que “La psicoterapia puede verse como un arte, donde el terapeuta emplea toda su creatividad posible, a fin de que el cliente cambie su vida. También es un arte como las otras artes: la música, la pintura y la escultura, pues el terapeuta va creando

y moldeando figuras que emergen del fondo. Siempre hay material con que trabajar. El arte de la psicoterapia es la unión que se produce entre el terapeuta y el cliente, de tal forma que el cliente puede cambiar su manera de pensar, de sentir, también algunas creencias limitantes y/o conductas en todas las magnitudes posibles”.

Capítulo III

TANATOLOGÍA, MUERTE Y DUELO

*“Todo tiene su tiempo y todo lo que se quiere debajo del cielo, tiene su hora.
Tiempo de nacer y tiempo de morir...” Salomón*

3.1 EL ESTUDIO DE LA TANATOLOGÍA

No hay que ser sabio como Salomón (440, a.C.), quien escribe el pensamiento citado al inicio, para saber que todos los seres humanos, algún día, morirán como lo ha hecho la entera humanidad que le ha precedido. Dejarán el cuerpo mortal para regresar, en espíritu, a la Casa del Padre Celestial y encontrarse nuevamente con sus antepasados (Larrañaga, 1985).

La misma referencia dice que “el hombre al morir ira a su morada eterna”, por tanto la muerte no es percibida como el fin último de la existencia, sólo se produce una “separación” y esa separación es temporal hasta volver a encontrarse.

Existe un generalizado terror a la muerte ya que ésta se concibe como el momento más “doloroso” del existir del hombre, pasando antes por sufrimientos y enfermedades, por terribles accidentes y por la angustiante idea que al morir todo será incertidumbre, miedo y oscuridad.

Disminuir el temor a la muerte puede ser posible como resultado del estudio y la investigación sobre este misterioso fenómeno de la naturaleza. Estudiar e investigar sobre la esencia del ser humano, sus tres dimensiones: física, emocional y espiritual nos permite

comprender que no somos un cuerpo con alma y espíritu, sino que somos un espíritu viviendo una experiencia terrenal dentro de un cuerpo. “Vuestro cuerpo es vuestra mayor morada y es el arpa de vuestra alma”. (Gibrán, 1984)

La única evidencia escrita que tenemos sobre este tema lo encontramos en las Sagradas Escrituras, que es un compendio de 66 libros, más de historia que de religión, el cual enseña la historia del hombre y nos habla de su principio y su fin. (Hitchcock, 2007)

Por lo tanto los temas de tanatología, muerte y duelo están íntimamente ligados a la espiritualidad, no hacia alguna religión en particular, sino al concepto de trascendencia espiritual por medio de la cual podemos tener “conciencia de Dios”.

Spencer (1976) dice que cualquier persona puede recuperarse de sus problemas mientras no cierre su mente a todos los conceptos espirituales y que no le impida a su propio espíritu religarse (de aquí se deriva la palabra <religión>) con su creador que también es Espíritu. *“Hay un principio que es una barrera para toda nueva información, que es una refutación de cualquier argumento y que no puede fallar para mantener a un hombre en una perpetua ignorancia: el principio de despreciar antes de investigar”.*

3. 1. 1 Definición y origen

Tanatología significa “Estudio de la muerte” y proviene de los vocablos griegos: Tanatos <Muerte, separación> y Logos <Estudio>.

La tanatología como término y como actividad surgió en el año 1901 por el médico ruso Elias Metchnikoff, Premio Nobel de Medicina en 1908.

En ese entonces la tanatología fue considerada como “La Ciencia de la Muerte”, ya que era una rama de la medicina forense, que trataba sobre la muerte y todo lo relacionado con los cadáveres, desde el punto de vista médico-legal.

En el año 1969 la Dra. Elizabeth Kübler-Ross publica el libro titulado “*Sobre la muerte y los moribundos*”, todo un compendio sobre este tema que le llevó muchos años realizarlo. Allí relata las experiencias y el resultado de más de quinientas entrevistas realizadas a pacientes diagnosticados como incurables. Ella remarca la importancia de proporcionar un digno trato humano hacia los pacientes y sus familiares.

Durante esos años la Dra. Kübler-Ross (1969) no sólo se sensibiliza ante el dolor y el sufrimiento de ellos, sino que se da cuenta de los fenómenos psicológicos que acompañan a los pacientes en fase terminal durante el proceso de muerte. Ella reorienta la tanatología como una instancia de atención a los moribundos.

A la Dra. Kübler-Ross (1969) se le considera hoy la fundadora de esta ciencia. Con mucha pasión lucha por devolverles la dignidad a los pacientes moribundos para que se sientan miembros útiles y valiosos en la sociedad. Para tal efecto crea clínicas de atención, cuyo propósito es ayudar a los enfermos en fase terminal, a vivir lo más gratamente posible, sin dolor y respetando sus exigencias éticas.

3. 1. 2 La tanatología en la actualidad

En los años 70s y 80s se menciona la primera generación de tanatólogos, formados desde un punto de vista humanitario para atender necesidades emocionales y brindar acompañamiento. (Kastenbaum, 2001)

La tanatología procura que al paciente, sus familiares o a cualquier ser humano que sufra una pérdida, se le trate con respeto, cariño, compasión y que conserve su dignidad hasta el último momento de su vida. (Behar, 2004)

Actualmente a la tanatología se le relaciona con la atención y cuidados que deben proporcionarse, no sólo a los pacientes en fase terminal, sino también a sus familiares y amigos cercanos. El propósito es acompañarles durante el difícil proceso del duelo y ayudarles a que hagan una buena elaboración del mismo.

Sin embargo, hablar de tanatología o incluirlo en los programas de las instituciones de educación media y superior, incluyendo las relacionadas con las profesiones de salud, es aún un tabú o tema cuestionable. Se prefiere omitir el tema de la muerte pues algunos la consideran doctrina esotérica y con poco fundamento científico.

Hoy la tanatología ofrece suficiente información en distintos foros y bibliografía, los cuales sirven para reflexionar correctamente en torno al último acto que nos corresponde cumplir en esta vida: morir.

“Estoy convencido de que los terapeutas debemos tener la mente abierta. Así como es necesario que tengamos un trabajo más científico documentado sobre las experiencias de muerte y morir. Los terapeutas debemos tener en cuenta la posibilidad de una vida después de la muerte e incorporarla a nuestro asesoramiento”. (Weiss, 2005)

3.2 EL ESTUDIO DE LA MUERTE

Definición.

Muerte es la cesación de la vida, en el sentido corriente y ampliamente entendido. Proviene del latín <Mors> Mortis. Se considera que la muerte es un proceso natural, cotidiano, aleatorio y universal.

Como consecuencia de la muerte surge la “*Separación*”, ésta es en realidad la que provoca todos los dolores y sufrimientos en el alma de los hombres, debido a la cercanía, a la afinidad y al amor. Expresiones filosóficas dicen que A-mor significa “Sin muerte”, porque lo que se ama nunca se pierde. (Levinstein, 2006)

Es importante el estudio de la muerte desde varias vertientes, ya que “cuanto más sepamos acerca de la muerte mejor entenderemos el sentido de la vida” y lo útil de ocuparnos de la muerte es que aprendemos a comprender más la vida, ya que ambas están íntimamente entrelazadas. (Sánchez, 2002)

Esta es también otra vertiente que se le da a la Tanatología en la actualidad: “ocuparse del buen vivir entre tanto llegue el buen morir”. Incrementar nuestra calidad de vida aprendiendo a disfrutar lo que tenemos y a los que todavía tenemos, dejando de sufrir eternamente por los que ya partieron y por lo que no tenemos. (Kapleau, 1998)

Una buena filosofía de vida es “Aprender a bien vivir entre tanto llega el buen morir”. “Qué cosa rara es el hombre: nacer no pide, vivir no sabe y morir no quiere”. Teresa de Calcuta

Prepararnos e investigar en la única fuente correcta sobre la trascendencia de nuestro espíritu (Las Sagradas Escrituras) es no mostrarnos indiferentes ante el acto ineluctable de la muerte, como creyendo que ésta nada tiene que ver con nosotros, cuando lo cierto es que

algún día, tarde o temprano, tendremos que ser protagonistas de la misma... de nuestra propia muerte.

Desde sus orígenes el hombre ha cavilado acerca de la muerte y sólo ha hallado más dudas. El sinnúmero de explicaciones y definiciones que se le han dado la convierten en un misterio indescifrable.

- Un simplista diría que es el final de la vida
- Un metafísico hablaría de la vida más allá de lo físico
- Un dualista la definiría como la desintegración del cuerpo y la liberación del alma
- Un materialista afirmaría que es el retorno a la materia
- Un escéptico dudaría que sea digna de estudio
- Un investigador acertaría que es un misterio inescrutable
- Un poeta la describiría como la noche que jamás termina
- Un positivista pragmático simplemente concluiría que la muerte es la realidad de la vida.

Es curioso que frente a la muerte solemos asumir una actitud ambivalente, por un lado la ignoramos y por el otro nos preocupamos demasiado en ella. Por un lado vivimos como si nunca nos fuéramos a morir y por el otro, se nos olvida vivir.

Según cuentan las Sagradas Escrituras, Adán y Eva, ancestros primigenios de la especie humana, vivieron felices y despreocupados en el paraíso hasta que se les avisó que sus vidas serían efímeras y mortales. Desde entonces y debido a su desobediencia arrastraron el pensamiento y el temor a la muerte de manera consciente. Desde entonces “*La muerte ha sido el salario de la desobediencia a la orden divina*”. (Larrañaga, 1985)

3. 2. 1 Concepciones filosóficas sobre la muerte.

Epicuro de Samos (341-270 a.C.) consideraba que la causa principal del sufrimiento humano era el temor a la muerte y que esto le afectaba el completo disfrute de la vida, perturbando sus placeres.

Sócrates (470-399 a.C.) dijo “La muerte es el fin del cuerpo físico pero el alma continua viviendo porque es inmortal”.

Platón (427-347 a.C.) dijo “Morir es sólo abandonar el cuerpo; el alma es conocimiento y éste es eterno. La muerte da la esperanza de encontrar una vida mejor que la actual”.

3. 2. 2 Teorías psicológicas sobre la muerte

Hinton (1974) dice que la idea de la muerte se esboza desde la niñez alrededor de los cinco años de edad. A partir de esa edad comienza a darle forma a manera de persona o como una imagen pálida, zoomorfa o antropomorfa. Dice que algunos la conciben como un esqueleto horripilante y que a partir de entonces les surge el temor a ella. Afirma que el niño hasta que tiene conciencia de sí mismo, como individuo, es cuando se siente aludido por la muerte

Freud (1915) propone que en el inconsciente no existe la representación de la propia muerte y que ésta no puede concebirse; cualquier intento de hacerlo nos remite de inmediato a seguir conscientes de todo, al menos como observadores. “Es así que nadie cree en su propia muerte pues todos estamos convencidos de nuestra inmortalidad”.

En 1920 Freud publica “Más allá del principio del placer”, en él habla de la pulsión de muerte o instinto de auto-destrucción, como una búsqueda incansable o retorno a lo inanimado, al reposo total o muerte. La pulsión de vida siempre lleva en sí algo de la muerte y la pulsión de muerte está siempre acompañada de la pulsión de vida. Ambos

instintos contradictorios, el de auto-conservación y el de auto-destrucción, garantizan el ritmo de la creación.

Freud menciona que el instinto de vida está al servicio de Eros (como esencia de la vida) y el instinto de muerte al servicio de Thanatos. Él llegó a considerar por igual ambos instintos, sin embargo, después que fue testigo de las crueldades nazis concluyó que el instinto de muerte predomina en el hombre.

El instinto o pulsión de auto-destrucción en la actualidad lo podemos identificar en los comportamientos suicidas, anoréxicos, alcohólicos, adictos, etc.

3. 2. 3 Teorías biológicas sobre la muerte

La muerte desde el punto de vista biológico es la cesación de toda función celular seguida de cambios físico-químicos, que conducen a daños irreversibles en todos los órganos y tejidos del cuerpo.

Toda muerte biológica nos lleva al pensamiento de “cadáver”, visto como un cuerpo inanimado en proceso de descomposición.

La simple idea de auto concebirse en forma de cadáver es aterradora. Ese proceso de transformación es motivo de angustia y rechazo por quienes veneran su cuerpo y no aceptan un final tan vulgar, tan falto de grandeza. Otros, poseídos de tanatofobia y claustrofobia sufren ante la insólita posibilidad de que puedan ser enterrados vivos y por ello quisieran que todavía existiera la “conclamatio”, aquella costumbre o rito reinante en los siglos XVI y XVII que consistía en pronunciar tres veces (en voz muy alta) el nombre del difunto, antes de darle sepultura, con la esperanza que despertara si de verdad aún no era cadáver. (Sánchez, 2002 p. 10)

3. 2. 4 La ansiedad ante la muerte

El tema de la ansiedad ante la muerte ha sido objeto de investigación desde diferentes perspectivas psicológicas y forma parte de numerosos estudios de tanatología para estudiantes del área de la salud física y mental. También es un tema concerniente a personas que trabajan con pacientes terminales y sus familiares.

La ansiedad ante la muerte es un fenómeno complejo que involucra las capacidades de afrontamiento del individuo, la confrontación de su experiencia vital, la resolución de expectativas y el duelo, todas estas agolpado en un momento que se torna implacable.

Las teorías psicológicas sobre la ansiedad ante la muerte se han construido en torno a variadas unidades de análisis: “el sí mismo”, “la individuación”, las actitudes, la emoción (ansiedad ante la muerte), los modelos para afrontar el “ser o no ser” o la plenitud vital, entre otras. Unas lecturas han estado centradas en lo individual, otras en lo psicosocial y otras en lo vincular.

La ansiedad ante la muerte se aprecia como un evento generador de defensa psicológica y de reacciones de evitación, ya sea mediante la postergación, la atribución externa, la búsqueda de la plenitud, las contradicciones, ambigüedades, borrosidades y ambivalencias que dicho fenómeno psicológico tiene y de esto se derivan variadas implicaciones para su comprensión e intervención no sólo dentro de la institución sanitaria sino desde el ámbito social y comunitario. (Álvarez, 2010)

3. 2. 5 Actitud ante la muerte

El tema concerniente de la actitud hacia la muerte ha sido explorado sin hallazgos concluyentes. Sin embargo respecto a la edad los ancianos tienden a reportar una actitud de aceptación de la muerte, mucho mayor que los jóvenes, aunque esto no quiere decir que estén de acuerdo con morir. Por su parte los jóvenes se hallan más enfocados en alcanzar la

conclusión de una vida madura, exitosa y feliz, por lo cual la idea del morir no está en sus mentes ni en sus planes. (Young, 1996).

Los estilos de vida protectores de la salud, por ejemplo, la vigorexia, el fisicoculturismo y otras formas de cuidar al cuerpo de manera exagerada son conductas (búsquedas) inconscientes y defensivas frente a la muerte. Hay quienes opinan que la vida vivida con intensidad es una forma defensiva frente a la muerte, sin embargo otros opinan que es una forma de aprovechar al máximo la experiencia de vivir. (Tello, 2010)

3.3 EL ESTUDIO DEL DUELO

La palabra duelo proviene del latín <dolus> que significa dolor, pena o aflicción. Este término se usa de manera especial para hacer referencia de personas que han perdido a un ser querido por causa de muerte. Se dice que están viviendo un duelo. Sin embargo éste término también podría aplicarse a personas que sufren dolores físicos o emocionales de otra índole.

El duelo o dolor es la reacción natural ante la pérdida de un ser amado, sin embargo también puede serlo por otro tipo de pérdidas significativas. La intensidad y duración del duelo es proporcional a la dimensión del vínculo y significado de la pérdida.

Para experimentar el duelo por una pérdida es necesario que exista un vínculo entre la persona y lo perdido. Este involucra componentes físicos, psicológicos y sociales. Toda conducta que facilite la proximidad entre dos personas se le conoce como “conducta de apego”, ya que se desarrolla y produce afectos, vínculos de interacción, contacto y proximidad. (Bowly, 1993)

A lo largo de nuestra vida experimentamos el dolor por diversas pérdidas:

- Por muerte de un familiar o amigo cercano
- Secuestro o extravío de un familiar o amigo
- Finalización de una relación matrimonial o de un noviazgo prolongado
- Terminación de una relación laboral, despido o jubilación
- Pérdida de la salud o amputación de alguna parte del cuerpo
- Pérdida de la alegría de vivir
- Pérdida de la esperanza
- Problemas familiares y/o con los hijos
- Muerte o extravío de una mascota muy amada, etc.

3.3.1 El proceso del duelo

El proceso de duelo ha sido analizado por varios autores a través del tiempo, tratando de comprender sus manifestaciones, fases y formas para resolverlo.

Freud (1917) en su escrito “Duelo y Melancolía” afirma que el duelo es la reacción ante la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, Etc. Dice que muchas personas en momentos de duelo presentan <melancolía> que hoy suele describirse como “depresión”. La melancolía la describe como un estado anímico donde hay una desazón profundamente dolida, falta de interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar, etc. El melancólico describe a su Yo como indigno de disfrutar algo, se denigra y espera repulsión y castigo. “El duelo es la reacción ante la pérdida del objeto de amor”.

Caruso (2000) dice en el ensayo que hace sobre la pérdida del ser amado, que el duelo no es por la muerte física de la persona que se ama sino por “la separación” entre los amantes,

en el sentido estricto de la palabra. El dolor producido por la muerte del ser amado es uno de los más terribles que se puedan vivir.

El duelo pasa por un proceso que se tiene que vivir, se tiene que procesar. Son vanos los intentos por evitar el duelo a quien debe experimentarlo. Un duelo no vivido es sólo un duelo retrasado o postergado.

3. 3. 2 **Etapas emocionales del duelo**

La Dra. Kübler-Ross (2002), referida anteriormente por sus investigaciones con pacientes terminales y sus familiares, detectó en los más de quinientos casos estudiados y entrevistados, que todos ellos atravesaban por las mismas etapas emocionales ante el duelo, de tal manera que las organizó y las presenta de la siguiente manera:

1. **Negación.** Es un mecanismo de defensa que se encarga de contener el impacto de una noticia trágica. Es la primera reacción natural en personas que son notificadas de un hecho no grato. “No es cierto”, “No puede ser”, “Me estás mintiendo”, “Dime que no es cierto”, Etc. Son algunas de las expresiones que se escuchan después de ser notificados. No es fácil aceptar una noticia trágica.
“La negación es un intento de fuga, un vano intento de huida de lo doloroso”. “La negación ante la pérdida es un intento de protegernos contra el dolor y contra el temor de sufrir”. Bucay (2002)
2. **Ira, enojo, culpabilidad.** Esta etapa se caracteriza por sentimientos de rabia y enojo producto de la pérdida. Algunas veces se manifiesta en contra de diferentes personas a quienes se perciben como responsables o involucradas directa o indirectamente en un hecho. Se genera una fuerte carga de energía que se convierte en enojo, expresada en ocasiones de manera verbal (con reclamos, resentimientos, coraje), de manera física (agresiva, violenta), con deseos de

venganza y aún con culpabilidad personal por supuesta responsabilidad por omisión u olvido que provocó tal pérdida, Etc. La agresión es otro mecanismo de defensa (Freud) ante lo que se considera un ataque a nuestra posesión o estabilidad. Muchas veces el suceso se concibe como un acto deliberado en contra de uno, a veces como un castigo de Dios sin entender el porqué. ¿Por qué a mí?, ¿Por qué a nosotros? ¿Qué hice yo para merecer esto?, Etc. Son preguntas frecuentes que se escuchan ante una pérdida considerada grave o de muerte.

Enojarse con el ser amado que se fue es consecuencia de la agresión que se percibe. Algunas preguntas esconden reproche: ¿Cómo pudiste abandonarme?, ¿Por qué me hiciste esto?, ¿Qué voy a hacer sin ti? A veces ese amor se transforma en odio y confusión respecto a la relación. La agresividad tiene su origen en el vacío que experimenta el Yo.

3. **Negociación.** Es todo intento por arreglar las cosas y regresar a la armonía. Es querer pactar o negociar con quien todo lo puede, con Dios. “Señor si tú sanas a mi hijo yo te prometo...”, “Señor si tú me solucionas este problema yo te prometo...”, etc.
En ocasiones la única negociación es “Señor, por favor que esto sea una pesadilla y que al despertar todo sea como antes”.
4. **Depresión o melancolía.** La sensación de tristeza, llanto y melancolía aparecerá ante la desesperanza de mejoría, ya sea en un paciente o ante la muerte de un ser querido. La persona doliente necesita llorar y desahogar el cúmulo de emociones que se generan a partir de un evento trágico o inevitable.
5. **Aceptación.** Es la etapa final del proceso de duelo. La aceptación también duele ya que implica que no hay negociación, no hay solución y ya nada se puede hacer para cambiar los hechos. El ser amado ya no está y ahora se deberá aprender a vivir sin él o ella.

Kavanaugh (1972) por su parte, identifica siete etapas por las que se atraviesa durante el proceso del duelo, estas son:

1. **Impacto emocional.** El shock o impacto emocional viene al momento de recibir una noticia trágica. El impacto desequilibra a la persona y la mente tiende a bloquear la realidad. Es necesario acompañar y darle tiempo a la persona para que reaccione y se sobreponga para poder enfrentar lo consecuente.
2. **Desorganización de sí mismo.** ¿Qué hago?, no sé qué hacer. ¿Dónde está mi agenda?, “No recuerdo mi propio número telefónico”. Generalmente la persona no está en condiciones de tomar decisiones y requiere ayuda de otros. Hay mucha indecisión y confusión entre las ideas. El agolpamiento de emociones no permite la concentración.
3. **Coraje.** Cuando el doliente siente el desamparo en que se encuentra reacciona con enojo y poca consideración hacia los demás, incluso contra la persona fallecida. Si decide reprimir ese sentimiento se convertirá en una ira reprimida.
4. **Culpabilidad.** La persona comienza a recordar y recriminarse por lo que hizo o dejó de hacer por la persona fallecida. Por no haberle hablado últimamente o por haberse enojado con ella o no haber estado presente en los momentos de su muerte. “Si hubiera estado aquí... si la hubiera atendido más... si hubiera visto las señales que mandó”, etc. En esos momentos el doliente requiere hablar y expresar sus culpas, ser escuchado y trabajar para perdonarse a sí mismo.
5. **Aceptación de la pérdida.** Es la etapa más dolorosa del proceso de duelo, ya que la persona empieza a sentir con mayor intensidad la realidad del “ya no está aquí y no va a regresar”. Le invade un sentimiento de vacío y soledad. Le cuesta imaginarse seguir su vida y su camino sin la persona amada.
6. **Alivio.** Es cuando llega el sentimiento de libertad y paz, que le permitirá a la persona revalorarse y darse cuenta que sigue siendo ella misma a pesar de la pérdida de ser amado.

7. **Restablecimiento de sí mismo.** Se reincorporará a sus actividades cotidianas y sus capacidades mentales volverán a su estado normal. El doliente se reencontrará consigo mismo. Resiliencia, volver a uno mismo.

3.3.3 Tipos de duelo

Es importante mencionar y señalar los diferentes tipos de duelos porque las reacciones a las que se enfrentará una persona pueden variar considerablemente en función del tipo de muerte que acontezca para su familiar o ser querido.

1. **Duelo por muerte súbita.**

Se le llama así porque la muerte ocurre de manera súbita, rápida e inesperada. Puede ser por causa de accidente, infarto, paro respiratorio, complicación orgánica, ahogamiento, asfixia, homicidio, secuestro o desaparición. Este tipo de muertes generan un impacto emocional muy fuerte en los familiares y amigos cercanos de la persona en cuestión. Llegar a la aceptación es muy difícil en estos casos pues la vida fluía de manera “normal” y se tenían muchos planes en conjunto.

Linderman (1944) refiere las siguientes fases ante una muerte repentina o muerte súbita:

Primera fase: De impacto. Genera aturdimiento y negación de la noticia de la muerte. Es una reacción natural auto protectora; se puede admitir sólo lo que se puede soportar.

Segunda fase: Huida de la cruda realidad. La persona siente que no puede soportar la idea y está altamente afligida por la ausencia de quien ha perdido.

En esta fase el trastorno emocional y desorganización se manifiesta con depresión, ira, ruptura de las actividades cotidianas, ausencia en el trabajo, sueño constante así como una incapacidad temporal en su funcionamiento normal.

Tercera fase: Aceptación gradual de la realidad. Empieza a aceptar que su ser amado ya no está. Hace intentos de volver a la “normalidad” en todas sus funciones y actividades. La melancolía va disminuyendo.

2. **Duelo Anticipado**

El duelo anticipatorio, nos dicen Kaplan y Sadock (1999), es aquel que se expresa por adelantado cuando una pérdida se percibe como inevitable, a diferencia del duelo que se produce después de una pérdida. Afirman que el duelo anticipatorio termina cuando se produce la pérdida, independientemente de las reacciones que puedan surgir después. A diferencia del duelo normal, cuya intensidad disminuye con el paso del tiempo, el duelo anticipatorio puede aumentar o disminuir en su intensidad cuando la muerte parece inminente. En algunos casos cuando la muerte esperada se demora, el duelo llega a extinguirse y la persona expresa pocas manifestaciones de dolor, una vez que ésta se produce.

Generalmente se produce ante el evento de una enfermedad terminal donde, pese a todos los tratamientos, el paciente se va terminando. La duración de este duelo anticipatorio es proporcional al avance de la enfermedad. Pero llevará menos tiempo y tendrá más facilidades para superarlo aquellas personas que estuvieron al lado del enfermo y tuvieron tiempo para expresarle su cariño,

recordar momentos agradables, perdonarse mutuamente y conocer su voluntad para sus últimos días.

También podemos hablar de duelo anticipatorio (y aceptado) cuando un familiar con avanzada edad va mermando más y más sus capacidades vitales.

3. **Duelo retrasado**

Un duelo retrasado es aquel que no se vive o no se expresa durante el tiempo que están ocurriendo los sucesos o decesos. La persona doliente trata de no expresar sus emociones y las reprime por diversas causas. Puede ser que sienta mucha presión o responsabilidad por mostrarse “fuerte” para poder encarar las circunstancias y “soportar” al resto de la familia u otras personas a quien él o ella consideren más “débiles”.

También pueden no expresar sus emociones por comandos recibidos o programaciones mentales como “los hombres no lloran”, “si lloras afectarás a los demás”, “si lloras no dejas descansar al difunto”, etc.

Un duelo retrasado o no llorado es un duelo diferido. Algún otro evento similar y posterior a éste puede detonar el duelo “no llorado” o duelo retrasado.

4. **Duelo Normal**

Un duelo normal es el duelo que se inicia inmediatamente posterior al suceso trágico o doloroso.

Los signos y síntomas típicos del duelo son tristeza, recuerdo reiterativo de la persona fallecida con exaltación de sus principales virtudes, llanto constante,

períodos de irritabilidad, insomnio o mucho sueño y dificultad para concentrarse y llevar a cabo sus labores cotidianas.

El duelo tiene una intensidad y duración variable entre cada persona. Sin embargo podríamos decir que lo normal sería alrededor de seis meses.

Durante un duelo normal la persona enfrenta y vive naturalmente sus emociones propias del dolor, tratando de procesar la información correctamente, para evitar que su duelo se convierta en un trastorno depresivo crónico, el cual podría requerir tratamiento psicológico.

5. **Duelo crónico**

Se considera duelo crónico cuando persisten la tensión, la intranquilidad, la depresión, la falta de aceptación, la culpabilidad y la inestabilidad psicológica en una persona que perdió a un ser querido y cuyo tiempo transcurrido es superior a un año.

El síntoma principal es la depresión y el abandonarse en la vida. La persona se siente incapaz de integrarse nuevamente a sus relaciones sociales, apareciendo una triste desorganización.

Este tipo de duelo suele desarrollarse cuando la relación existente con la figura perdida era de gran significación o dependencia. Y puede incluso existir el deseo de morir para reunirse con la persona amada, así como el fenómeno llamado “momificación”, término introducido por Gorer y citado por Bowlby (1993), el cual consiste en la preservación de todas las pertenencias del fallecido, tal y como las dejó, como una manera de evitar el desprendimiento.

6. **Duelo patológico**

Se habla de duelo patológico cuando hay alteraciones en la salud mental, que a la vez provocan alteraciones en la salud física, ocurridas a partir de un deceso o evento trágico y cuya eventualidad excede a un año.

Las respuestas emocionales ante la pérdida de una persona siguen siendo intensas y prolongadas. El autocastigo y recriminación siguen presentes y se declara incapaz de rehacer su vida. El síntoma principal es la depresión acompañada del pensamiento que “no merece ser feliz” después de lo ocurrido.

Puede aprovechar ese evento para caer en conductas socialmente inaceptables como alcoholismo, drogadicción, hipocondría, anorexia o bulimia.

De acuerdo con las investigaciones realizadas por Parkes (1994) un duelo patológico lo padecen con mayor frecuencia las personas que tenían dependencias muy marcadas hacia sus seres queridos, como puede ser el caso de los padres hacia sus hijos y las parejas de muchos años juntos.

Parkes considera que los duelos más complejos, traumáticos y prolongados son para los padres cuando pierden por muerte súbita a un hijo.

Kaplan y Sadock (1999) afirman que el duelo patológico puede adoptar diversas formas que van desde la “aparente tranquilidad” ante la noticia del evento trágico, asociado con ausencia de emociones, hasta la expresión intensa y duradera con asociación de ideas suicidas, homicidas u otros síntomas claramente psicóticos. Señala que tienen mayor riesgo de experimentar un duelo patológico:

- Quienes experimentan la pérdida repentina por muerte súbita o en circunstancias catastróficas
- Quienes están aislados o relegados socialmente (presos)

- Quienes se sienten responsables de la muerte (ya sea real o imaginariamente)
- Quienes tienen historias traumáticas no superadas y
- Quienes sostenían una relación de intensa dependencia con el fallecido.

7. **Duelo del cuerpo** (manifestaciones físicas del duelo)

Bucay (2005) señala que el cuerpo también sufre los efectos del dolor del alma por la pérdida de un ser amado o por la noticia de un evento trágico.

Aún los médicos señalan algunas reacciones físicas a consecuencia de enfrentar tales eventos. Muchas de estas reacciones pueden ocurrir de manera inmediata al suceso o al recibir la noticia y otras pueden presentarse en días posteriores:

- Náuseas y vómito
- Palpitaciones o taquicardias
- Presión arterial elevada o disminuida
- Falta de aire o hiperventilación
- Dolor de cabeza y sensación de mareo
- Nudo en el estómago
- Pérdida de apetito
- Insomnio
- Fatiga y debilidad
- Pérdida de fuerza
- Desconcentración y desubicación
- Dolor muscular en piernas

Tareas básicas para experimentar la vida con plenitud.

Longaker (1998) afirma que las tareas básicas para experimentar con plenitud la vida y la muerte son:

1. Darnos cuenta de que el sufrimiento existe y que se puede transformar en una experiencia de plenitud
2. Mantener una comunicación con nosotros mismos (un diálogo interno) y con los demás, donde podamos expresarnos abierta y libremente y expresar nuestras emociones, tratando de ser lo más compasivos y libres de apegos.
3. Prepararnos espiritualmente para la muerte, reconciliarnos y ponernos a cuenta con nuestro creador.
4. Ser capaces de vivir en el momento presente sin dejar situaciones inconclusas que sólo han de constituir un lastre que incrementaría nuestro dolor y sufrimiento y el de quienes nos rodean.
5. Encontrar significado a nuestra existencia, sintiéndonos seres plenos a pesar de nuestras imperfecciones, aceptando nuestros errores y expiando los que podamos haber cometido.

Capítulo IV. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN GRUPOS DE AUTO-AYUDA TANATOLÓGICA

4.1 Justificación.

La tanatología es un tema que va ganando terreno poco a poco entre la sociedad y cada vez más personas conocen su significado y su utilidad. Ante eventos de pérdidas muchas personas están buscando la ayuda de un tanatólogo y no la de un psicólogo.

Actualmente en nuestro país ya existen muchos grupos que brindan ayuda tanatológica a personas en duelo y la mayoría de esos grupos funcionan bajo el esquema de “grupo de autoayuda” independientemente de la preparación que ofrecen algunas escuelas, grupos independientes y hasta hospitales que lo ofertan como diplomados. Por ejemplo en la ciudad de Pachuca, Hidalgo se puede estudiar el diplomado en tanatología en la Universidad La Salle, en la Universidad UCLAH y en el Hospital General. La universidad del estado en su facultad de psicología da la materia de tanatología a partir del séptimo semestre en el área de clínica.

En la gran mayoría de esos grupos de autoayuda no se cuenta con la participación de psicólogos que formen parte del equipo de apoyo, sin embargo sería de mucho beneficio que sí los hubiera por las siguientes razones:

1. Aportarían información importante sobre las emociones y el comportamiento humano ante las pérdidas y el dolor (Dar).
2. Aprenderían y ganarían mucha experiencia al escuchar las vivencias de los usuarios dolientes, lo cual los convertiría en expertos tanatólogos (Recibir).

Con lo anterior observamos que los beneficios se dan en dos sentidos: Dar y recibir; una forma en la que todos ganan.

4.2 Visitas a diferentes grupos de autoayuda y características de ellos.

Recién se mencionó que ya existen muchos grupos de autoayuda tanatológica en varias ciudades de nuestro país. Específicamente en la ciudad de Pachuca Hgo. existen siete grupos y cada uno de ellos tiene diferentes características y similitudes.

La tesista tuvo la oportunidad de visitar y conocer todos esos grupos con sus diferentes dinámicas y operaciones y justo de ellos es que se planteó la idea de realizar el presente trabajo y proponer un taller donde haya intervención de índole psico-tanatológica y no sólo tanatológica.

A continuación se mencionan las características principales de esos grupos visitados de manera constante (semanal y a lo largo de siete años), las cuales son las siguientes:

1. La gente llega al lugar previamente identificado como “grupo de autoayuda tanatológica” para participar en la sesión de ese día.
2. La gente (usuarios) llegan por recomendación o invitación de alguien. Algunos grupos se promocionan a través de folletos, volantes, radio, etc.
3. Se aceptan a todos los usuarios sin hacer entrevistas previas y no existe un proceso de selección. Simplemente llegan buscando ayuda, consuelo o fortaleza y siempre son bien recibidos.
4. También llegan usuarios que necesitan apoyo por otras causas diferentes al duelo por muerte (divorcios, problemas con los hijos o con la pareja, pánico por asaltos, etc.)
5. Un 80% de los usuarios buscan ayuda debido a la inesperada muerte de un familiar y por la crisis existencial que están atravesando.
6. Algunos grupos exhiben en pizarrón o rotafolio los avisos o reglas de operación (como horarios, día de sesiones, silenciar teléfono celular, aportación o cuota, no niños, etc.)
7. Algunos grupos inician y terminan sus sesiones con alguna oración o reflexión.

8. Algunos grupos sesionan en iglesias católicas, congregaciones cristianas, salones de hoteles o lugares de renta y en hospitales.
9. Todos los grupos terminan las sesiones con abrazos cálidos entre todos los asistentes (abrazoterapia).
10. Algunos grupos hacen dinámicas de presentaciones personales antes de iniciar, por ejemplo dan su nombre, si acude por primera vez o es subsecuente, razón por la que asiste, persona que le invitó, etc.
11. Algunos grupos piden cooperación económica simbólica o para afrontar algunos gastos.
12. Algunos grupos piden que los usuarios se registren en una libreta (fecha, nombre, teléfono, correo, etc.)
13. Algunos grupos atienden primeramente a los usuarios que asisten por primera vez, suponiendo que requieren apoyo y atención inmediata y luego entrevistan a los usuarios de segunda ocasión para conocer su avance o escuchar sus comentarios.
14. Algunos grupos prefieren que los usuarios de ocasiones subsecuentes inicien a dar testimonios de su recuperación (y de cómo llegaron al grupo) para alentar a los nuevos usuarios sobre los beneficios que allí podrán obtener.
15. Algunos grupos informan a los usuarios de primera vez sobre los propósitos del grupo y los objetivos que persigue (misión y visión del grupo) y comentan sobre la dinámica de su operación.
16. Algunos grupos tienen lugares especiales y señalados para las personas que acuden por primera vez, a fin de que puedan ser fácilmente identificados y atendidos.
17. Algunos grupos dan libertad a los usuarios para que elijan el lugar para sentarse.
18. Todos los grupos visitados colocan las sillas en círculo y en algunos grupos de mayor número de usuarios hacen una segunda fila o segundo círculo detrás de ese.
19. En ninguno de los grupos se coloca una silla en el centro para algún usuario que esté tomando la palabra, sino que habla desde su lugar. Tampoco se colocan en tribuna o pódium al frente.

20. En ninguno de los grupos se prepara ni da un tema específico para ese día, sino que están abiertos al material emocional que lleve el grupo.
21. En todos los grupos hay cajas de pañuelos desechables y los mismos usuarios son quienes tienen la iniciativa de ofrecer alguno a la persona que llora o lo necesite.
22. Todos los grupos visitados sesionan una vez por semana y con duración de dos horas.
23. Los grupos visitados trabajan en sesiones independientes y no en forma de curso sistemático sobre tanatología, de tal manera que los usuarios se pueden integrar a cualquiera de las sesiones que puedan o quieran hacerlo.
24. Los grupos visitados tuvieron fecha de iniciación pero no tienen fecha de finalización, ni dan diplomas ni reconocimientos de participación, toda vez que no se anuncian como cursos ni diplomados.
25. En todos los grupos visitados se contaba con la participación de un tanatólogo (fundador del grupo) que fungía como coordinador y responsable del mismo. En todos ellos había otros tanatólogos o estudiantes de tanatología que apoyan y participan activamente.
26. En todos los grupos se les da la oportunidad a los miembros asistentes para que emitan opiniones, comentarios y hasta sugerencias, pero todos ellos están organizados por el coordinador.
27. En todos ellos se reserva el derecho de exclusión a personas violentas.
28. De todos los grupos visitados sólo en dos de ellos se contaba con la presencia y participación de un psicólogo.
29. En ninguno de ellos hay un psicólogo que conozca de psicoterapia Gestalt.

4.3 Testimonios de esos grupos

Durante la asistencia a estos grupos se observó que su propósito de brindar ayuda, soporte y restauración a las personas dolientes, se consigue de manera muy efectiva y en muy poco tiempo.

De una sesión a otra el usuario doliente, que llega por primera vez con un gran abatimiento emocional, da testimonio de la mejoría que logró después de esa “primera vez”. Se muestra hasta contento y agradecido de haber sido escuchado e informado sobre las etapas emocionales del duelo, con las cuales pueden identificarse y entender que es un “proceso normal” y que les sucede a todos por igual, para no preocuparse en exceso ni preocupar a sus familiares.

El hecho de escuchar las experiencias de los usuarios de más antigüedad y aún de los usuarios que exponen “problemas mayores al suyo”, les permite sentir aligeramiento de su carga emocional y les ayuda a llegar más rápido a la etapa de aceptación de su propio proceso.

Cada sesión les proporciona ganancias y sensaciones agradables lo cual contribuye a su proceso de recuperación. También se observó como fenómeno importante, que cuando la persona doliente escucha que su caso sirvió de ayuda para la mejoría de otros, le encuentra sentido a su dolor y se siente útil para los demás.

Testimonios:

“Cuando escuché el caso de tal persona, me di cuenta que lo mío fue menos grave, pues por fortuna no tuve que vivir lo mismo que tal persona vivió, y eso para empezar, me hizo sentir mejor; fue mi primera ganancia”.

“Me he sentido mejor desde que asisto al grupo porque encuentro personas que han vivido lo mismo que yo. No soy el único que sufre”.

“Agradezco que existan este tipo de grupos que dan ayuda y soporte a personas en crisis, a muy bajo costo”.

“Me gusta venir porque cada semana se abordan temas nuevos y yo aprendo de todos ellos. He tenido un gran crecimiento personal y tengo más recursos para afrontar mis problemas cotidianos”.

“En el grupo he aprendido que todas mis experiencias me han servido para crecer y puedo ser una mejor persona”.

“Las circunstancias y los eventos pasados ya no pueden cambiarse, pero lo que sí puede cambiarse es la forma de ver esas circunstancias y adoptar nuevas actitudes ante esas circunstancias”.

“He encontrado en el grupo <alguien con quien hablar> libremente de mis cargas y preocupaciones, culpas, remordimientos, preocupaciones, etc. sin preocupar a mis familiares con quienes debo aparentar fortaleza”.

4.4 Campo fértil para psicoterapia Gestalt

Por las condiciones de esos grupos se aprecia un campo fértil para hacer psicoterapia grupal con enfoque gestáltico. Las condiciones observadas son:

- La presencia del grupo; La colocación de las sillas en círculo
- La necesidad de los dolientes de concluir asuntos pendientes, cerrar círculos (cerrar una Gestalt)
- El ayudarlos ubicándolos en el aquí y el ahora para reducir su estrés, su angustia y ansiedad ante un futuro incierto
- El llevarlos a darse cuenta de lo que están sintiendo y las responsabilidades o culpas que hay detrás de eso, etc.

4.5 PRESENTACIÓN ESPECÍFICA DE LA PROPUESTA.

Se plantea la propuesta de crear, al menos, un grupo de autoayuda psico-tanatológica, donde se cuente con la participación de tanatólogos, concedores de su tema, y de psicólogos profesionales del área de psicología clínica que tengan un enfoque gestáltico.

4.5.1 Objetivos generales:

1. Promover la creación de grupos de autoayuda psico-tanatológica tanto en hospitales, centros de salud, universidades y otros lugares particulares, donde participen profesionales del área de salud mental con conocimientos de tanatología y manejo de pérdidas.
2. Provocar en los profesionales de la salud mental un interés en los temas de tanatología (manejo de pérdidas) reconociendo que cada persona en crisis ha perdido algo como la estabilidad, la paz, la confianza, la esperanza, la salud, etc.
3. Que hayan espacios de reflexión, sanidad interior y restauración para personas dolientes por la muerte de sus seres queridos, que estén en crisis existencial o en proceso de morir.
4. Que los asistentes recuperen su estabilidad emocional, aprendan a enfrentarse a sus circunstancias y si fuera necesario sean encaminados a tomar terapia individual.
5. Orientar a los asistentes sobre las etapas emocionales del duelo, sus manifestaciones y las acciones recomendadas para su recuperación.
6. Que se de un crecimiento conjunto tanto para los usuarios como para los profesionales, dándose cuenta que podrán adquirir mucha experiencia y mayores conocimientos.

4.5.2 Objetivos específicos:

1. Ayudar a las personas a enfrentar sus emociones y aceptarlas como normales, ante eventos de muerte y duelo.

2. Aprender a vivir en el aquí y el ahora tratando de disminuir la ansiedad y angustia ante un futuro incierto.
3. Permitir que el grupo exprese sus comentarios y experiencias para que los asistentes se den cuenta que no son los únicos que sufren y que hay problemas mayores.
4. Trabajar a partir de casos reales pero también exponer temas específicos para aprender de ellos.
5. Brindar esperanza y acompañamiento para su pronta recuperación.
6. Adquirir mucha experiencia profesional y reconocer que la experiencia de los otros es una riqueza invaluable.
7. Recuperar terrenos que los psicólogos estaban perdiendo por no adentrarse en temas de tanatología.

4.5.3 Procedimiento y metodología.

Nombre:	Taller de Psico-tanatología “Sanidad y Restauración”
Duración:	12 sesiones
Tiempo:	2 horas (una vez por semana)
Capacidad:	25 personas (máximo) para poder atenderles
Dirigido a:	Adultos y niños mayores de 12 años que presten atención
Lugar:	Salón amplio con buena luz y ventilación.
Distribución:	Sillas colocadas en círculo para encontrarse todos de frente

4.5.4 Recursos materiales.

1. Salón con espacio amplio, iluminado y ventilado.
2. Sillas colocadas en círculo para verse todos de frente.
3. Caja de pañuelos desechables
4. Una libreta para registrarse. (Nombre, teléfono, email, acude por primera vez o es subsecuente)
5. Una canastita o cajita para la cooperación de \$20.00 que se hará al final. Con ello se pagará la compra de pañuelos desechables, libreta y otros gastos menores que puedan surgir.
6. Etiquetas autoadheribles o gafetes
7. Pizarrón o rotafolio
8. Pantalla, cañón y computadora
9. Plumones, marcadores y lapiceros
10. Un letrero de avisos en la entrada del salón (a la vista de todos) o una hoja de rota folio donde se den a conocer las reglas de funcionamiento, también conocidas como reglas del juego o acuerdos.

Acuerdos:

- Nombre del grupo
- Días y horario de sesiones
- Favor de apagar su celular o contestar afuera
- Hablar en primera persona
- Pedir la palabra
- No traer niños menores de 12 años
- Guardar silencio y respetar el interlocutor
- “Lo que aquí se dice, aquí se queda”

- Solicitar puntualidad
- Cooperación personal \$20.00

4.5.5 Recursos Humanos.

1. Un tanatólogo con amplios conocimientos de tanatología
2. La intervención de un psicólogo con enfoque gestáltico y manejo de grupos
3. Un asistente-ayudante (puede proponerse alguien del grupo)
4. La presencia de usuarios

4.5.6 Promoción y Difusión.

Por supuesto que una vez que se haya determinado iniciar algún grupo de autoayuda tanatológica y se haya precisado todo lo anterior, se deberá dar difusión por distintos medios disponibles:

- Carteles o letreros colocados en postes o tableros de avisos
- Difusión por radio u otros medios de comunicación disponibles
- Recomendación de persona a persona, especialmente cuando ya se ha dado el taller en anteriores ocasiones

Requisitos de ingreso: Necesitar apoyo psico-tanatológico, acudir dispuesto a escuchar opiniones y consejos del grupo y aceptar la intervención del psicólogo y del tanatólogo. Adultos y niños mayores de 12 años con buen comportamiento

Entrevista previa: No necesaria

- Dinámica de Inicio: El coordinador inicia dando un mensaje de bienvenida.
- En seguida pedirá a cada uno de los asistentes se presenten dando su nombre y mencionando la causa que les llevó al grupo.
- Dinámica de cierre: El facilitador concluye pidiendo que todos se tomen de la mano para hacer una oración y de manera especial por los más necesitados del grupo y en seguida se invita que todos regalen un abrazo a cada uno de sus compañeros (abrazoterapia y movilización de la energía)

4.5.7 Descripción del taller

A continuación se da la descripción del Taller, mencionando en cada una de las 12 sesiones los temas, los objetivos, los procedimientos, materiales requeridos y duración:

SESIÓN 1

- Tema:** Integración del grupo y planteamiento de expectativas
- Objetivo:** Que todos los asistentes se conozcan entre ellos, conozcan los acuerdos y planteen sus expectativas mediante una dinámica de integración, a fin de que se facilite la confianza y la ayuda mutua a lo largo del taller.
- Procedimiento:** La sesión da inicio con la presentación de los facilitadores y en seguida las presentaciones individuales. Cada persona mencionará la razón por la que se integró al grupo y qué espera resolver. Desde la primera sesión surgirán temas y material para trabajar.

Material: Etiquetas auto adheribles (o gafetes) y plumones

Duración: Dos horas

Sesión 2

Tema: La tanatología en la actualidad y sus aplicaciones

Objetivo: Que todos los participantes conozcan el significado de Tanatología, sus orígenes y sus ámbitos de aplicación en la actualidad como manejo de pérdidas, mediante la exposición por parte de los facilitadores, a fin de que entiendan bien dichos conceptos.

Procedimiento: Preparar en power point una presentación sobre el tema, comentarla y dar lugar a los comentarios de los asistentes. Las intervenciones del psicólogo y del tanatólogo son constantes y trabajan en equipo.

Material: Proyector, pantalla, Lap top, gafetes

Duración: Dos horas

Sesión 3

Tema: Etapas emocionales del Duelo

Objetivo: Que todos los participantes conozcan las 5 etapas emocionales que surgen ante el duelo (dolor por alguna pérdida), mediante la exposición de los facilitadores, a fin de que comprendan que éstas son iguales para todas las personas y que es un proceso normal.

Procedimiento: Se explicarán las etapas emocionales del duelo expuestas por Kübler-Ross y cada persona tratará de identificar en cuál etapa emocional se encuentra en ese momento, así como recordará de qué forma vivió dichas etapas durante los momentos más críticos de su dolor.

Material: Pizarrón o rotafolio, plumones, gafetes.

Duración: Dos horas

Sesión 4

Tema: Apegos y vínculos afectivos

Objetivo: Que los participantes conozcan la fuerza de los apegos y vínculos afectivos, mediante la exposición del tema y dinámicas vivenciales, a fin de que comprendan las dependencias emocionales y puedan desprenderse de ellas.

Procedimiento: Exponer el tema y realizar dinámicas y ejercicios sistémicos. Se elige a 5 miembros del grupo para representar una dinámica de fuertes apegos y luego se da la separación y el vacío existencial. Se abre espacio para comentarios y reflexión.

Material: Cuerdas o cintas para amarrar

Duración: Dos horas

Sesión 5

Tema:	Despedida y desprendimiento
Objetivo:	Que los asistentes experimenten el difícil sentir de la despedida y el desprendimiento, mediante un ejercicio vivencial dirigido, a fin de que internalicen que ese hecho sucederá algún día como algo real y normal y se vayan preparando mentalmente.
Procedimiento:	Se realiza una dinámica de entregar 4 juegos de papeles de 4 colores diferentes a cada persona (ej. Rosa, verde, azul y amarillo). En los de color rosa deberán escribir los nombres de las 4 personas más importantes de su vida. En los de color verde deberán escribir las 4 posesiones materiales más valiosas para ellos. En los de color azul deberán escribir los 4 anhelos más deseados para ellos y en los de color amarillo las 4 actividades más relevantes de su diario vivir. En seguida el facilitador quitará al azar uno de cada color sin darles oportunidad de elegirlo ni despedirse de ellos. Después de un breve tiempo repetirá la acción hasta haberles quitado todos. Al final se darán comentarios y una reflexión sobre el sentir de cada uno.
Material:	4 juegos de papelitos de 4 colores diferentes para cada uno de los participantes. Una cesta para depositarlos
Duración:	Dos horas

Sesión 6

Tema:	Miedos y temores
Objetivo:	Que los participantes identifiquen sus miedos ante la muerte, mediante la exposición del tema, a fin de que puedan identificar su temor específico (dolor, oscuridad, destino incierto)
Procedimiento:	Los participantes escribirán en hojas blancas las respuestas a preguntas específicas como son: Tengo miedo a morir porque me imagino que... porque no he concluido... porque quiero hacer... porque no sé a dónde iré... porque no quiero dejar solo a... porque temo despertar en un ataúd... por otras que surjan libremente.
Material:	Hojas blancas, lapiceros
Duración:	Dos horas

Sesión 7

Tema:	Muerte y Espiritualidad
Objetivo:	Que los asistentes reflexionen sobre la muerte y espiritualidad mediante la exposición de diversos panelistas, a fin de que conozcan los enfoques religiosos más representativos de nuestro país.
Procedimiento:	Se invitará un ministro evangélico, un católico y un rabino para que expongan el tema de espiritualidad desde su enfoque religioso. Podrán generarse lluvia de ideas y discusión.
Material:	Copias de textos bíblicos
Duración:	Dos horas

Sesión 8

- Tema:** El moribundo y el enfermo terminal
- Objetivo:** Que todos los participantes se perciban como moribundos en fase terminal, mediante la exposición del tema y visualizaciones dirigidas, a fin de que las interiorización de ese concepto les cree conciencia para cambiar sus hábitos y procurar una mejor calidad para sus propias vidas.
- Procedimiento:** Cada persona deberá escribir sobre sus hábitos no sanos (mala alimentación, tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo, adicciones, etc.) después en la visualización dirigida todos serán llevados a un hospital donde son moribundos en fase terminal, experimentando dolor y sufrimiento. Al final se harán reflexiones sobre su sentir.
- Material:** Grabadora, música relajante, música fúnebre.
- Duración:** Dos horas

Sesión 9

- Tema:** Calidad de vida
- Objetivo:** Que los participantes entiendan el concepto “calidad de vida” vs. Cantidad de vida, a través de la exposición del tema y reflexiones sobre temas pasados, a fin de que procuren para sí mismos y para los demás una óptima calidad de vida.
- Procedimiento:** Exponer los conceptos holísticos básicos del Budismo Zen que invitan a vivir el presente, el aquí y el ahora para eliminar el estrés y

la angustia ante un futuro incierto. “El 80% de las preocupaciones nunca llegan a suceder”. Técnicas de relajación.

Material: Grabadora, música relajante

Duración: Dos horas

Sesión 10

Tema: Depresión, nostalgia y melancolía

Objetivo: Que los participantes conozcan los temas depresión, nostalgia y melancolía, mediante la exposición del tema a cargo del psicólogo, a fin de que puedan distinguir las diferencias entre ellas y reconozcan cuándo alguien requiere la intervención de un profesional o terapia individual.

Procedimiento: Proyectar videos cortos de personas en depresión (pérdida del sentido y de la esperanza, en estado crítico) y otros sobre tristeza, nostalgia y melancolía para ubicar las diferencias, comentar y discutir.

Material: Proyector, lap top, pantalla, videos seleccionados de YouTube

Duración: Dos horas

Sesión 11

- Tema:** Pérdidas y ganancias
- Objetivo:** Que los participantes conozcan esos temas de pérdidas y ganancias secundarias, a través de la reflexión sobre experiencias pasadas y la exposición del tema, a fin de que se den cuenta que detrás de cada pérdida, por difícil que sea, siempre hay una ganancia.
- Procedimiento:** Los participantes comentarán sobre sus experiencias (pérdidas) y serán guiados a encontrar las ganancias secundarias, ayudados por el resto del grupo. Lo que a veces uno no ve, el grupo puede verlo y ayudar a verlo. La primera ganancia en medio de la peor crisis es el aprendizaje.
- Material:** Pizarrón para anotaciones
- Duración:** Dos horas

Sesión 12

- Tema:** Repaso y cierre del taller
- Objetivo:** Que todos los participantes revisen y reflexionen sobre lo aprendido durante el taller, mediante el repaso de todos los temas, a fin de apreciar el impacto y la utilidad que tuvo el mismo en ellos.
- Procedimiento:** Se dará la palabra a cada participante para que haga un paseo por las sesiones pasadas y comente: cómo llegó al grupo, de qué se dio cuenta (qué aprendió) cómo se va y a qué se compromete consigo mismo.

Material: Los apuntes de cada asistente, refrigerio para compartir por fin del taller

Duración: Dos horas

Comentarios adicionales:

El taller deberá ser muy flexible con sus procedimientos porque habrá que intervenir en casos de crisis o urgencias momentáneas, y atender lo que vaya surgiendo a juicio del psicoterapeuta.

También existen muchas técnicas gestálticas para facilitar en los usuarios o pacientes el darse cuenta y el ubicarlos en el aquí y el ahora, y especialmente el cerrar círculos, procesos inconclusos o Gestalt.

Hay muchos otros ejercicios que pueden hacerse como la despedida a través de la “Silla vacía”, o el de “Tres posiciones” para manejo de polaridades, etc. Por eso se mencionó al principio que es un campo fértil para trabajar.

4.6 Propuestas adicionales

A continuación se mencionan cinco propuestas adicionales derivadas del anterior planteamiento:

Propuesta 1: Capacitar a los psicólogos en temas de Tanatología

Se propone además que los psicólogos y estudiantes de psicología sean capacitados en los temas de tanatología para que atiendan esas necesidades y dolores tan recurrentes del

género humano como es el dolor por la muerte y las pérdidas que provocan dolor emocional.

Sería muy interesante que las universidades y facultades de psicología incluyan en sus planes de estudio, para sus nuevas generaciones, las siguientes temas:

- Tanatología
- Calidad de vida
- Acompañamiento
- Intervención en crisis
- Pérdidas y ganancias
- Manejo de grupos

Con todo el sustento que se presenta en los capítulos anteriores se puede comprobar la necesidad de aceptar e incluir estos temas dentro de los planes de estudio a fin de que se familiaricen con el manejo tanatológico, a la vez que conozcan su muy extensa bibliografía.

Otra justificación más y de gran peso es la posibilidad de ayudar, quizás como labor social, a las personas que se están enfrentando al dolor más grande que un ser humano puede experimentar: la muerte de un familiar cercano, un padre, una madre, un esposo o esposa, o un hijo. (Klübler Ross, 1991)

Gómez Sancho (2003) en *La Atención a la familia: Crisis de claudicación emocional en los familiares*, afirma que cuando se trata de procesos de duelo, el trabajo en grupos provoca mejores resultados que el trabajo o la intervención individual.

La intervención del psicólogo con enfoque gestáltico enriquecería mucho la dinámica de los grupos de auto-ayuda tanatológica y él mismo encontraría allí un espacio de aplicación y desarrollo de las técnicas gestálticas que requieren sobre todo práctica profesional.

Dentro de la propuesta, que es amplia y abierta, está el poder entrelazar los temas de psicología con tanatología para adaptarnos a las nuevas circunstancias sociales que la gente está necesitando: Grupos de autoayuda psico-tanatológica.

Estos grupos son de gran ayuda para personas en duelo por diferentes tipos de pérdidas, por la riqueza de aportaciones y experiencias que los grupos proveen. (Castanedo, 1995)

“La tanatología nada tiene que ver con las prácticas religiosas (de tipo sectario) de culto a la muerte. Tiene que ver con la vida, con encontrarle el sentido y vivirla lo mejor posible hasta el buen morir”. (Tello, 2005)

Propuesta 2: Abrir un grupo de autoayuda tanatológica en la UNAM

Se deja la idea de abrir espacios en la UNAM y específicamente en la Facultad de Psicología, de grupos de auto-ayuda psico-tanatológica. El fin es no dejar solas a las personas que sufren los dolores más grandes que pueden experimentarse en la vida... el dolor de perder un ser amado, un padre o una madre o peor aún, un hijo.

Estos espacios no sólo servirían de ayuda a la comunidad universitaria sino también a sus familiares, amigos y otros usuarios.

Contar con dicho espacio permitiría que jóvenes estudiantes de los últimos semestres de psicología pudieran realizar sus prácticas y servicio profesional sirviendo y ayudando al prójimo más próximo... su homólogo universitario, además de la gran experiencia que se adquiere en dichos grupos.

Baste reconocer que muchos estudiantes después de la muerte de algún familiar muy cercano como un padre proveedor o una madre protectora, pierden totalmente el sentido de su vida, se desubican y se encuentran incapacitados emocionalmente para continuar sus estudios. Simplemente claudican y se van sin poder atenderles, acompañarles y restablecerles.

“El amor al prójimo debe ser el móvil principal de nuestro servicio como psicólogos”.

Las personas que se acercan a los grupos de auto-ayuda tanatológica están en un estado vulnerable y con un gran agotamiento físico, mental y emocional. Tienen la enorme necesidad de recuperar su estabilidad física y emocional. Lo ideal es encontrarse con personas capacitadas en esos temas de manejo de emociones y dispuestas a ayudarles y atenderles.

La presencia de un psicólogo o psicóloga en el grupo de auto-ayuda crea en los pacientes o usuarios la seguridad de estar dentro de un grupo terapéutico dirigido por profesionales del área de la salud mental y su proceso de recuperación puede verse favorecido.

Recordemos que los grupos de autoayuda nacen y crecen con poca ayuda profesional; les bastan sus buenas intenciones. En esto radica esta propuesta o conjunto de propuestas, en brindar apoyo e intervención psicológica en los grupos de autoayuda tanatológica.

Es muy cierto que una psicoterapia es buscada en primer término no para esclarecer un pasado inmodificable, sino a causa de una insatisfacción en el presente y un deseo de mejorar el futuro. “Una insatisfacción e incomodidad en el presente es lo que trae a las personas a los grupos de autoayuda” (Watzlawick, 1989)

En esto radica la propuesta, en abrir espacios y talleres tanatológicos de sanidad interior y restauración para personas en duelo, pero espacios que cuenten con la presencia de profesionales de psicología para que sean ellos los que hagan la intervención psicológica, los que conocen el manejo de emociones y pueden darle curso y salida al dolor.

Es necesario darle otro enfoque y sentido a la muerte, como un hecho inevitable y procurar que no se visualice como algo angustiante ni horrible. “La razón por la que se siente la muerte como algo horrible es que ésta no se vive en el ahora”. Olham (1978)

Propuesta 3: Ganarle terreno a la tanatología

Los tanatólogos en su breve año de estudios no alcanzan a revisar ni estudiar los temas de emociones, trastornos de personalidad, dinámicas grupales, psicoterapia, etc. Temas que son propios del profesional de psicología y que sin embargo se manejan en los grupos de auto-ayuda.

Los grupos de auto-ayuda tanatológica se han iniciado como un excelente intento de ayudar. La mayoría cuentan con tanatólogos y algunos con trabajadores sociales y otros miembros voluntarios que atienden a los usuarios dolientes. Ciertamente son de ayuda (como grupo de ayuda mutua), sin embargo cada uno desde su propia formación y preparación debe intervenir sin pretender usurpar títulos o funciones que sólo le competen a los profesionales de las áreas de salud mental y emocional.

Debido a lo anterior, se plantea como muy recomendable la intervención psicológica en los grupos de auto-ayuda tanatológica pero por los profesionales de psicología para apoyar a los bien intencionados tanatólogos que carecen de técnicas de terapia grupal y que lamentablemente en ocasiones juegan al terapeuta y permiten ser llamados “doctores”... aunque sí, “doctores del dolor por la muerte”.

Propuesta 4: Técnica de entrevista para personas en duelo

Las técnicas de entrevista varían según el propósito para el cual se realizan. Cuando se trate de entrevistar a una persona en duelo la tesisista plantea la propuesta de dividir la entrevista en dos partes. A esta se le llama “Técnica de entrevista para personas en duelo”.

Primera parte. Relativa a todas las preguntas que tengan que ver con la descripción de los hechos o asuntos del exterior. Se pretende conocer todos los eventos y cómo fueron desarrollándose para entender bien la situación.

Aquí se hacen preguntas como:

- ¿Qué fue lo que pasó?
- ¿Dónde?
- ¿Cuándo?
- ¿Quién estaba presente?
- ¿Qué fue lo que hizo?
- ¿Desde cuándo sucedió?
- Etc.

Una vez que ha quedado claro todo lo anterior y se han agotado todas las preguntas podemos ir a lo siguiente.

Segunda parte. Relativa a las preguntas que tienen que ver con la persona y sus asuntos del interior, específicamente con sus emociones.

Aquí se hacen preguntas como:

- ¿Usted cómo se siente?
- Mal. ¿Qué es mal? Defina
- Bien. ¿Qué es bien? Defina
- ¿Por qué cree que se siente así? (triste, enojada, decepcionada, culpable, etc.)
- ¿Qué le preocupa?
- Etc.

Se ha observado que esta forma de entrevistar en ese orden favorece el poner en claro cómo se desarrollaron los acontecimientos para luego adentrarse en las emociones del paciente o usuario. Se recomienda no invertir el orden de la entrevista.

Propuesta 5: Preparar Psico-tanatólogos y observar las ventajas y oportunidades que tienen en el sector laboral hospitalario.

Cada vez existen más tanatólogos que se forman y se acreditan mediante cursos y diplomados que duran aproximadamente 12 meses y algunos 18. Muchos de ellos están siendo contratados en hospitales y sectores de ayuda social para atender y “acompañar” a los familiares dolientes, ganando buenos sueldos y siendo llamados por los pacientes “doctores”. La realidad es que muchos de ellos tienen a lo más preparatoria o son amas de casa u oficinistas a quienes les ha interesado capacitarse en esos temas. A los hospitales no les importa mucho lo anterior, ellos buscan tanatólogos.

La otra realidad es que hay muchos psicólogos que invirtieron 9 semestres de preparación universitaria y ganan sueldos módicos o no encuentran espacios de aplicación profesional, mientras que muchos tanatólogos recién egresados de sus cursos o diplomados están siendo contratados en hospitales donde, además de otorgarles buenos sueldos, se les asignan oficinas privadas, salones para sesiones de grupo y auditorios para conferencias. Los psicólogos-tanatólogos ciertamente harían un trabajo más profesional y completo.

En el caso específico de un hospital, las siguientes son algunas de las actividades tanatológicas que se les asignan:

- Entrevistas y orientación al paciente en fase terminal
- Entrevistas y orientación a la familia del paciente terminal
- Acompañamiento cálido-afectuoso con el paciente terminal y sus familiares
- Conferencias sobre temas tanatológicos y calidad de vida
- Documentar expedientes sobre los pacientes y sus estados emocionales
- Estar presentes cuando los médicos les den malas noticias o diagnósticos pesimistas
- Guiarlos a encontrar ganancias en medio de las pérdidas

Orientarlos sobre la calidad de vida

CONCLUSIONES

*“He sido enviado a sanar a los quebrantados de corazón
y sanar sus heridas”. Jesucristo*

La muerte de un ser querido siempre implicará un desprendimiento difícil y un proceso muy doloroso, sin embargo, el trabajo de un equipo multidisciplinario compuesto por tanatólogos, terapeutas y guías espirituales, resultará muy útil para que los familiares puedan elaborar un duelo de manera sana y natural.

Todo este trabajo puede hacerse ante una muerte anunciada por enfermedad crónica degenerativa o ante la muerte ya consumada en sí, sabiendo que todo “cambio drástico” provoca una crisis existencial, cuánto más la que se genera por este hecho humanamente tan doloroso.

Los grupos de autoayuda tanatológica hoy en día ofrecen demasiadas ayudas como son:

- el sentirse cobijado y acompañado por un grupo de personas que han vivido las mismas experiencias de duelo,
- la orientación sobre las etapas emocionales del duelo que sirven para saber que es “normal” sentirse enojado, confundido, triste;
- el ser guiados hacia la aceptación
- el ser entendidos en sus emociones
- tener un lugar donde expresarse abiertamente sobre otras preocupaciones
- y otras ya mencionadas anteriormente

Sin embargo, la propuesta de incluir la intervención psicológica de un terapeuta gestáltico potenciará la ayuda en los grupos de autoayuda tanatológica, porque la terapia Gestalt ofrece una base terapéutica muy eficaz para usarse en momentos de crisis.

No obstante lo anterior, somos conscientes que el hecho de que se cuente con todo un equipo multidisciplinario de apoyo, el dolor puede continuar. Sin embargo debido a la experiencia vivida en los grupos, se ha observado que “con información el duelo se vive mejor”. Es decir, el poder despejar dudas sobre la muerte, el morir, las culpabilidades, los temores, las inseguridades, los apegos, la libertad para continuar y rehacer la vida sin culpas, la libertad para llorar y desahogarse, el guardar luto, etc. Son temas que se comentan y se despejan a la luz de todos los oyentes y al recibir esa información los pacientes o usuarios se sienten mejor.

Muchas ocasiones las personas expresan la aceptación por la ausencia del ser amado y ya no es eso lo que les duele, sino el afrontarse con su propia vida y aprender a vivirla sin la persona amada. Tantos años a su lado y de repente perderla.

Por medio de la terapia Gestalt se les puede ayudar a ubicarse en el “aquí y ahora” y en su propia individualidad para que emerja del fondo la figura de su “Yo”, se trabaje con la sensación de vacío y miedo, se logre la revaloración de su propia vida y se reencuentren consigo mismos, sabiendo que es con ellos y sólo con ellos con quienes vivirán siempre y por todo el tiempo que dure su vida dentro de su cuerpo aquí en la tierra.

Creemos que somos seres espirituales que estamos viviendo “una experiencia terrenal” y que a lo largo de nuestro viaje o <experiencia> compartiremos el camino con muchas personas y ellas con nosotros: nuestros padres, hermanos, parejas, hijos, amigos y demás familiares. También creemos, conforme lo hemos leído en las Sagradas Escrituras Bíblicas, que “todo tiene su tiempo debajo del sol; tiempo de nacer y tiempo de morir”, como lo dijo el profeta y sabio rey Salomón (444 años a.C.). Y esto no sólo porque lo hemos leído sino porque lo hemos visto a lo largo de la historia de la humanidad... todos los que nos precedieron duermen ya y se reencontraron con sus padres. Pero tenemos la esperanza de la “vida eterna”, la que Dios nos tiene prometida y en la cual creemos, quienes así hemos decidido creer.

“La espiritualidad da paz y aquieta el espíritu”, es por eso que brindar apoyo espiritual es también parte importante en la <consolación> y atención que se brinda en los grupos de autoayuda tanatológica.

En conclusión, es fundamental que en los grupos de autoayuda tanatológica se cuente con la participación de un equipo multidisciplinario, donde cada uno de ellos y desde su propia especialidad, promueva el desarrollo y la atención integral del paciente o usuario y su familia, con el fin de alcanzar el bienestar y la aceptación de los hechos por dolorosos que éstos sean. Mediante las aportaciones conjuntas de las diferentes especialidades de las ciencias de la salud, pueden integrarse los conocimientos, las experiencias y las estrategias para lograr la aceptación de la separación física de los seres queridos y puede rescatarse un aprendizaje positivo y de esperanza ante las pérdidas. “Detrás de cada pérdida siempre hay una ganancia” y “Toda experiencia siempre nos deja un aprendizaje y aprender siempre es una ganancia”.

Gracias a Dios por los tanatólogos que ayudan al buen morir y gracias a Dios por los psicólogos terapeutas que ayudan al buen vivir.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso y Coronado, M. (2009) *Propuesta de un taller “Del Dolor y desesperanza ante la Muerte”*. Tesina de licenciatura. UNAM, Facultad de Psicología.

Álvarez, L. (2010) *El modelo de la complejidad frente a los modelos psicológicos tradicionales de la ansiedad ante la muerte*. Revista Universitat Médica, vol. 51, núm. 3, julio-septiembre, 2010. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. pp. 290-300

Andreola, B. (1982) *Dinámica de grupo*. Brasil. Edit. Vozes

Antunes Celso (1975) *Técnicas de grupo para educadores*. Buenos Aires

Bayés, R. y Limonero, J. (1999) *Aspectos emocionales del proceso de morir*, en Fernández Abascal P. Emociones y Salud. Ed. Ariel

Baumgardner Patricia y Fritz Perls (1975) *Gestalt; Terapia teoría y práctica*. México, Edit. Árbol

Behar D. (2004) *Un buen morir*. México: Edit. Pax México

Bernier, V.L., (2004) *Muerte y duelo en el niño*. Rev. Pediátrica Electrónica. Vol. I No. 1

Bowlby (1993) citado por Celedonio Castanedo en su libro *Grupos de Encuentro en Terapia Gestalt*, Barcelona, Edit. Herder

Bucay J. (2002) *El Camino de la lágrimas*. México; Edit. Océano de México

Bucay J. (2005) *Conferencia sobre Duelo y Muerte*, ofrecida en el Auditorio de la universidad de Psicología IUCR. Hgo. Jun. 16, 2005

Caruso I. (2000) *La separación de los amantes; una fenomenología de la muerte*. Siglo XXI

- Castanedo C. (1998) *El conocimiento silencioso*. México. Fondo de Cultura económica
- Castanedo C. (1995) *Grupos de encuentro en terapia Gestalt*. Barcelona, Edit. Herder, p. 71
- Coggiola Y. (1995) *Cuaderno de trabajo de la especialidad de intervención en crisis*; Instituto Mexicano de Psicoterapia Gestalt. México, D.F. Mod. III p. 6
- Collier, K. psiquiatra (2001) citado en el *Libro Grande de Alcohólicos Anónimos* (libro azul) Edición 2001
- Curless I. y Cols. (2005) *Agonía, muerte y duelo*. México: Manual moderno.
- Dalai Lama y Hopkins, J. (2003) *Acerca de la muerte*. México: Edit. Océano
- De la Cerda y N. R. (2002) *La vida es un manantial*. México: Impresión gráfica
- Delisle – Lapiere, Y. (1986) *Vivir el Morir*. Paulinas, Madrid Cap. 2 El concepto de muerte en las diferentes edades de la vida, p. 145-202
- Esteve G. C. (2006) contribución en *Filosofía Gestalt* editado por la Univ. Gestalt de América. México
- Fabra, Ma. (1992) *Técnicas de grupo para la cooperación*. Barcelona, Ediciones CEAC
- Fadiman, J., y Frager. R. (1979) *Teorías de la personalidad*. México, Harla
- Fagan, J. y Sheperd, I. (1973) *Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Flores Mtz., Ma. (2006) *Las diferencias de intervención psicológica entre cuidados paliativos y tanatología*. Tesis de licenciatura. UNAM, Facultad de Psicología
- Fonnegra, I. (1992) *Asistencia psicológica al paciente terminal*. En P. Bejarano, I. Fonnegra, *Morir con dignidad. Fundamentos del cuidado paliativo*, Bogotá: Italmex

- Frankl, V. (1993) *El hombre en busca de sentido*. Barcelona, Edit. Herder
- Freud, S. (1915) Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte. Citado por Nicholi Armand en *La cuestión de Dios*. Madrid Rialp (2004)
- Freud, S. (1917) Duelo y Melancolía. Citado por Gómez Sancho en *La Atención a la Familia, crisis de claudicación emocional en los familiares*. En Gómez Sancho, M. *Avances en cuidados paliativos, Tomo I*
- Gibrán, G. J. (1984) *El Profeta*, Edit. Prisma, México. P. 68
- Gómez Sancho, M. (2003) *La atención a la familia: Crisis de claudicación emocional en los familiares* En: Gómez Sancho, M. *Avances en cuidados paliativos, Tomo I: Cuidados paliativos: Fundamentación y Conceptos*, Edit. Aran, España
- González B.I, Chacón R.M. (2003) *Diagnóstico e Intervención psicológica en la familia del enfermo al final de la vida*. En Gómez Sancho, M. *Avances en Cuidados paliativos, tomo 3, Módulo X: La atención a la familia. El proceso de duelo*, Edit. Aran, España
- Goulding, M. (1987) Transactional analysis and redecision therapy, en Zeig. J. *The evolution of psychotherapy*, Nueva York, Bruner/Mazel, 1987, p. 286
- Gracia F. (1997) *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Edit. Paidós
- Hinton, J. (1974) *Experiencias sobre el morir*. Barcelona Ariel p. 31
- Hitchcock, M. (2007) *55 Respuestas a preguntas sobre la vida más allá de la muerte*. USA. Edit. Unilit
- Huneus, F. (1986) *Lenguaje, enfermedad y pensamiento*. Santiago de Chile, edit. Cuatro Vientos 1986 p. 166.
- Jackson, E. (1986) *Diálogo en el seno de la familia en Sociología de la muerte*. Ed. Sala, Madrid

Kaplan, H. y Sadock; B. (1999) Sinopsis de Psiquiatría. Madrid. Ed. Médica Panamericana

Kapleau P. (1998) *El zen de la vida y la muerte*. Ediciones Oniro, México

Katz y Bender (1976) citado por Gracia F. E. en *El Apoyo Social en la intervención comunitaria* (1997) Edit. Paidós p. 59

Katz (1993) Idem p. 83

Kastenbaum (2001) citado por Behar (2004) en *Un buen morir*. México Edit. Pax

Kauffman (1992) citado por Gracia F. E. en *El Apoyo Social en la intervención comunitaria* (1997) Edit. Paidós p. 59

Kavanaugh R. (1972) *Facing Death*. Penguin Books

Kennedy, F. (2001) citado en el Libro Grande. *Texto básico de Alcohólicos Anónimos* (azul) Edición 2001

Killilea, M. (1976) citada por Gracia F. en *El Apoyo Social en la intervención comunitaria* (1997) Edit. Paidós p. 60

Kübler-Ross, E. (2004) *Una luz que se apaga*. Ed. Pax México

Kübler-Ross, E. (1991) *La muerte: Un amanecer*. México: Ediciones Luciérnaga

Kübler-Ross, E. (2002) *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona. Edit. De bolsillo

Laing. R. K. (1985) citado por Castanedo C. en su libro *Grupos de Encuentro en Terapia Gestalt*. Barcelona. Edit. Herder p. 22

Landburg P. citado en Choron, Beath and Western Thought y citado por Yalom I. en *Psicoterapia Existencial* p. 267

Larrañaga, I. (1985) *Del sufrimiento a la paz*. Caracas. Ediciones Paulinas

- Levistein Raquel (2006) *Lo que se ama jamás se pierde*. México. Panorama Edit.
- Levistein, R. (2009) *Conferencia sobre grupos de autoayuda tanatológica*. 2º. Congreso de Tanatología, Consejería y Cuidados Paliativos. Colegio Médico Hidalguense. Pachuca, Hgo.
- Leadbeater, C. W. (1978) *A los que lloran la muerte de un ser querido*. México. Edit. Orión.
- Libro grande; *Texto Básico de Alcohólicos Anónimos*. (2001) Libro Azul p. 170
- Linderman (1944) citado por Kübler Ross (2002) en *Sobre la Muerte y los Moribundos*. Barcelona. Edit. De Bolsillo
- Longaker C. (1998) *Afrontar la muerte y encontrar esperanza*. México. Edit. Grijalbo
- Lutzer E. (2011) *Cómo controlar sus emociones*. México. Ediciones Las Américas
- Mancilla Sánchez, S. (2007) *Participación de la Psicología en los cuidados paliativos pediátricos*. Tesis de licenciatura. UNAM. Facultad de Psicología
- Monroy de Velasco, A. (1994) *Dinámica de grupos: Técnicas y Tácticas*. México, Edit. Pax p. 13
- Naranjo, C. (2006) *Gestalt de vanguardia*. Saga ediciones Barcelona
- Noyola D. (2000) *El devenir de la tanatología como una técnica de intervención psicológica: una investigación documental*. Tesis de licenciatura. UNAM, facultad de Psicología
- O'Connor N. (1990) *Déjalos ir con amor; la aceptación del duelo*. México. Edit. Trillas
- Olham, J., Key, T. y Starak, Y. (1978), *Risking being alive*. Victoria (Australia), Pit Publishing, 1978, p. 3

Ortiz A. F. y Salama H. P. (2006) *Filosofía Gestalt*; el escalafón que sigue en la historia del humanismo. Universidad Gestalt de América. México

Parkes (1994) citado por Gómez Sancho en *La pérdida de un ser querido; el duelo y el luto* Edit. Aran España

Pearls, F. y Baumgardner P. *Terapia Gestalt: Teoría y práctica* (1975) México. Edit. Árbol

Petrakis, P. (1987) The Surgeon General Workshop on Self-Help and Public Health. Los Angeles, Cal. Sept. 20-22

Pizzo (1987) citado por Enrique Gracia Fuster, *El apoyo social en la intervención comunitaria* (1997) Edit. Paidós p. 59

Powell (1987) citado por Gracia F. E. *El apoyo social en la intervención comunitaria* (1997) Edit. Paidós p. 58

Rebolledo M. J. F. (1996) *Aprender a morir*. México. Edit. Trillas

Ribes, E. (1990) *Psicología y Salud; un análisis conceptual*. Ed. Martínez Rocca, Barcelona

Rocatagliata, S. (2001) *Un hijo no puede morir*. Ed. Grijalbo, Santiago de Chile

Salama P. H. (2001) *Psicoterapia Gestalt; proceso y metodología* 2ª. Edición México Alfaomega Grupo editor

Salama P. H. y Ortiz A. F. (2006) *Filosofía Gestalt*; el escalafón que sigue en la historia del humanismo México. Editado por la Universidad Gestalt de América

Salomón, (440 a.C.) *Sagradas Escrituras Bíblicas; Libro Eclesiastés*, Cap. 3 versos 1 y 2; Cap. 12 verso 5

Sánchez, T. (2002) *Acercas de la muerte; curso de Tanatología*. Bogotá, Colombia. Giro Editores Ltda. p. 10

Spencer, H. (1976) citado por Levinstein R. Conferencia sobre *Tanatología y Espiritualidad*. Centro Médico Hidalguense (2010) Pachuca, Hgo.

Starak, Y. (1984) *The Gestalt Therapy of Fritz Perls from the Rosnerian perspective*, comunicación presentada a la Fifth Australian Family Therapy conference, Australian National Universtiy, Caberra (Australia) 5-8 sept., 1984 p. 6

Silverman (1980) citado por Tello, R. (2005) *Conferencia sobre Logoterapia*. Club Rotario Pachuca Sur.

Stevens J. (1987) *Esto es Gestalt* . Chile Cuatro Vientos

Tello, R. (2010) *3er. Congreso de Tanatología, Consejería y Cuidados Paliativos* (Oct. 2010). Colegio Médico Hidalguense. Pachuca, Hgo. Mex

Urbina Solórzano, Beatriz A. (2010) *Apoyo psicológico para enfermos terminales y familiares y/o en familiares de pacientes ya fallecidos, dentro y fuera del ambiente hospitalario*. Tesina de licenciatura. UNAM, Facultad de Psicología.

Watzlawick, P., Weakland, J.H. y Fish. R., (1989) *Cambio, Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona, p. 5

Weiss, Brian (2005) *Muchas vidas, muchos maestros*, Ediciones B. Barcelona, Esp. P. 177

Wolf, R. (1985) *Therapy Now*. P. 29 Citado por Celedonio Castanedo en su libro *Grupos de encuentro en Terapia Gestalt*

Yalom I. D. (2000) *Psicoterapia existencial y terapia de grupo* Barcelona Paidós

Young R, Cullen G. (1996) *Cognitive structure and death process in ages*. New York: PSES Press. P 23-54