



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-25

TESINA PROFESIONAL

FORMACIÓN DE ACTITUD ANTE LA PERSPECTIVA DE LA MUERTE

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

KAREN NAYELI VÁZQUEZ OCHOA

ASESOR:

PSIC. JOSÉ ANTONIO REYES GUTIÉRREZ

ORIZABA, VER.

2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mi Familia

*Por su apoyo durante la carrera, a las personas que se adelantaron en este viaje
llamado vida para inspirarme para realizar este tema*

A mis Maestros

*Por sus apoyo durante las carrera, por los conocimientos impartidos y por ser
ejemplo para futuras generaciones en la carrera.*

ÍNDICE

Resumen.....	5
Introducción.....	6
Capítulo I. Las actitudes.....	7
1.1 Actitudes.....	7
1.2 Actitud positiva.....	11
Capítulo II. La concepción de muerte.....	13
2.1 La concepción de muerte.....	13
2.1.1 Características de la concepción de muerte.....	19
2.1.2 Antecedentes históricos de la concepción de muerte.....	20
2.2 La concepción de muerte en adultos intermedios.....	24
Capítulo III. La Tanatología.....	27
3.1 La Tanatología.....	27
3.1.1 Aspectos multidisciplinarios.....	31
3.2 Funciones de la Tanatología.....	32
Capítulo IV. Modelo y Área psicológica.....	38
4.1 Modelo Cognitivo.....	38
4.1.1 Antecedentes Teóricos.....	39
4.1.2 Técnicas Cognitivas.....	48
4.2 Área de la psicología social.....	69
Conclusiones.....	78
Referencias.....	82

Resumen

Hoy en día el sistema, de creencias que las personas tienen, y se han formado sobre la vida y su desarrollo mediante acciones cotidianas en que vivir es muy importante, se enseña a vivir, pero no a morir. Las personas aprenden a disfrutar su vida, día a día intentando hacer a un lado el hecho de que en algún momento van a morir como si ese proceso fuera malo para el ser humano.

Por ello esta investigación, tiene como propósito orientar sobre la concepción de muerte, analizar los diferentes postulados teóricos, estudiar las diferentes perspectivas socio culturales, en su relación sana con el ciclo de la vida. Pues no hay que tener temor sobre la muerte sin importar de la forma en que llegue, haciendo mención que es parte del mismo proceso vital de todo ser viviente.

De modo que la importancia de esta investigación, radica en sustentar de la mejor manera, psicológicamente sana, la comprensión de que el ciclo de la vida termina cuando llega la muerte siendo esta parte natural del proceso humano. Por lo que esta investigación se encarga de presentar a la tanatología, como el estudio interdisciplinario del moribundo y de la muerte, especialmente de las medidas para disminuir el sufrimiento físico como una propuesta que ayudara a llevar un mejor duelo cuando se presente una pérdida, es una rama de la psicología que se encarga del estudio integral e interdisciplinario del proceso de la muerte. No trata de ir en busca de la muerte si no que el enfermo o familiares la vean como un proceso natural, como una culminación de la vida.

Introducción

Las personas, durante su vida, son educadas para disfrutar la vida y de lo que les rodea, pero nunca se les habla sobre el proceso de la muerte. Qué el morir es un ciclo natural de la vida y que, para poder aceptarlo, está la tanatología, que ayudara a llevar mejor el proceso de la pérdida de un ser querido. Por lo tanto, el presente trabajo tiene como objetivo describir el proceso de la muerte, como un concepto natural de la vida mediante una investigación teórica. Y para una mejor comprensión del mismo se ha dividido en cuatro capítulos, que a continuación se detallan:

En el capítulo I, denominado actitudes, se describen y sustenta teóricamente el tema de las actitudes que hay, haciendo referencia a que algunas son impuestas y otras adoptadas mediante experiencias diarias, también se presentan los tres componentes; y se desarrolla el tema de la actitud positiva.

En el capítulo II, denominado concepción de muerte, se presentan las propuestas teóricas, las características y los antecedentes históricos de dicho tema, específicamente analizados a la adultez intermedia.

En el capítulo III, denominado La tanatología, se presentan las propuestas teóricas de los aspectos multidisciplinarios, las funciones de la tanatología, sus cualidades y aptitudes de un Tanatologo.

En el capítulo IV, denominado el modelo cognitivo, se describen los antecedentes teóricos del modelo, la teoría de Albert Ellis, las técnicas cognitivas de dicho modelo y el área de la psicología social.

CAPÍTULO I

LAS ACTITUDES

1.1. Actitudes

Durante los primeros años, el ser humano va teniendo diversas vivencias o experiencias, por las cuales va formulando sus propias ideas sobre la vida cotidiana ante ciertos sucesos, que serán aquellos que le permitan desarrollar determinadas actitudes ante la vida.

Es por ello que la actitud será el elemento primordial para la asimilación para los hechos que le acontecen en su vida diaria, entiéndase así a la actitud, como la tendencia a ejecutar una tarea, procede de uno o dos factores: el factor cognitivo y, en algunas definiciones, se incluía el factor afectivo. En algunas ocasiones se ha relacionado la actitud con el pensamiento y además con las emociones, incluye el componente conductual al definir la actitud como “un aprendizaje que predispone a pensar, sentir y actuar de una manera determinada” (Sabatés, 2010, p.5).

El siguiente punto trata del constructo actitud, es probablemente uno de los más controvertidos en las ciencias sociales, a la par que uno de los más antiguos, pues puede datarse ya a comienzos del siglo pasado. La noción de *actitud*, entendida como “un estado de ánimo individual respecto de un valor”. (Arocena, 2005, p.2). Parece ésta una definición tan inespecífica como la propia expresión *estado de ánimo*.

Sobre una perspectiva científica, se concibe la actitud como la predisposición para aceptar o no un objeto; por esto la formación científica y la búsqueda continua del conocimiento modifican la actitud del estudiante hacia el trabajo científico, pues modelan de manera formativa el pensar, sentir y actuar. Tal como se plantea, la actitud hacia la investigación crea condiciones cognitivas, afectivas y conductuales, que se concretan en “el aprendizaje investigativo mediante la capacidad de construcción, disposición y socialización de los procesos” (Cabás, 2010, p. 3).

Los cambios de actitud una vez que son adquiridas tienden a arraigarse como elementos de la personalidad. Cuando se tiene una actitud por mucho tiempo es más difícil de eliminarla. Los factores que determinan el aprendizaje de las actitudes son el afecto, la asociación, la identificación, etc. Son los que determinan en una modificación en la actitud ya adquirida se debe ser persistente en los factores para poder hacer una modificación en la actitud.

Rodrigues, Assmar y Jablonski (2002, p.87) menciona que las actitudes tiene tres componentes los cuales se describen a continuación:

a) **Componente cognoscitivo:** Para que exista una actitud hacia un objeto determinado es necesario que exista también una representación cognoscitiva de dicho objeto. Para que exista una carga afectiva en favor o en contra de un objeto social definido es necesario que también exista alguna representación cognoscitiva de dicho objeto. Las creencias y demás componentes cognoscitivos (el conocimiento, la manera de encarar el objeto, etc.) relacionados con aquello que inspira la actitud, constituye el componente cognoscitivo de la actitud.

b) **Componente afectivo:** El componente afectivo, definido como el sentimiento en favor o en contra de un determinado objeto social, es lo único realmente característico de las actitudes sociales. No hay duda de que el componente más evidente característico de las actitudes es el componente afectivo. En esto las actitudes difieren, de las creencias y de las opiniones que, aunque muchas veces se integran a una actitud provocando un efecto positivo o negativo en relación con un objeto.

c) **Componente conductual:** La posición más aceptada por los psicólogos sociales, establece que las actitudes poseen un componente activo, instigador de conductas coherentes con las condiciones y los afectos relativos a los objetos actitudinales. La relación existente entre la actitud (desde un punto de vista puramente afectivo) y la conducta, constituyen uno de los motivos que siempre hicieron merecer a las actitudes especial atención de los psicólogos sociales.

Según las teorías psicosociales, conocidas como teoría de la congruencia, los tres componentes de las actitudes deben ser internamente congruentes. La conducta no se encuentra solo determinada por lo que a las personas les gustaría hacer, sino también por lo que piensan que deben hacer, o sea, por las normas sociales. Por lo que generalmente han hecho, o sea, por sus hábitos, y por las consecuencias esperadas de su conducta. Además, las personas tienen actitud hacia determinados objetos de una situación. (Rodríguez, 2002, p.90).

El hecho de que se poseen actitudes en relación con ciertos objetos sociales y con ciertas situaciones en la que estos están involucrados, explica ciertas incongruencias aparentemente existentes entre la actitud y la conducta. El interés en el contenido actitudinal y la relación actitud-conducta son una importante contribución al estudio de la relación existente entre actitud y conducta. La correspondencia entre ambas será

más grande mientras mayor sea el interés invertido por la persona en el contenido actitudinal. Un estudio revela que es mayor la correspondencia entre actitud y conducta cuando más grande sea el interés personal en el asunto al cual se refiere la actitud.

Existen dos tipos de componentes: las actitudes de las personas que están relacionadas con un acto en particular y la percepción de lo que otras personas esperan que hagan y su motivación a conformarse a esta expectativa (norma subjetiva). Como las actitudes y las normas subjetivas pueden ser determinadas en forma empírica por medio de escalas apropiadas podemos afirmar que la intención de emitir una determinada conducta es función de la suma ponderada de estos factores; la ponderación es empíricamente determinada por medio de una ecuación de regresión. De manera simbólica tendríamos: **$IC = f(p_1A + p_2NS)$**

Donde:

IC= intención de conducta

P1= peso empíricamente determinado en relación con las actitudes

A= actitudes

P2= peso empíricamente determinado en relación con la norma subjetiva

NS= norma subjetiva

Las actitudes están influidas por nuestras creencias, relativas a ciertos resultados o consecuencias de nuestras creencias sobre los juicios de otras personas con referencia a nuestra conducta.

Los valores son categorías generales, dotadas también de componentes cognoscitivos, afectivos y de elementos capaces de predisponer la adopción de una determinada conducta, pero difieren de las actitudes por su generalidad. Las características de generalidad, de los valores y de especificidad de las actitudes hacen que una misma actitud pueda derivarse de dos valores distintos. Así, por ejemplo, una persona puede tener una actitud favorable a la donación de una limosna a un pobre, con objeto de valorar la caridad, y otra con objeto de valorar el deseo de mostrarse poderoso y superior.

Las actitudes pueden ser aprendidas. Un niño que es reforzado para mostrarse favorable a un objeto y castigado cuando indica un sentimiento desfavorable hacia otra tendera a desarrollar una actitud favorable al primero y desfavorable hacia el segundo.

Son distintas las consecuencias, para el cambio de actitud debido a la forma en que se presenta la comunicación persuasiva y al medio que sirve para entregarla (la radio, la televisión, el cine, la prensa, etc.). La comunicación persuasiva debería facilitar al receptor el cambiar su posición original proporcionándole gratificación suficiente cuando ocurre el cambio. Otro punto de importancia cuando se estudia el cambio de actitud enfocando al comunicador es notar que este intenta educir el cambio.

1.2 Actitud Positiva.

De acuerdo con la perspectiva cognitiva, los pensamientos, en el caso concreto de la persona doliente, guían su motivación. La teoría cognitiva se centra en ideas tales como la motivación interna de logro de las personas, sus creencias sobre lo que pueden controlar de forma efectiva en su duelo. El pensamiento positivo es un estilo de

vida que nos ayuda a ser más felices. Todos sabemos la importancia que tiene el pensamiento, pues tal como pensamos, así sentimos y nos comportamos. Una persona se comporta en sus relaciones con los demás de una forma segura y decidida, porque se siente así. Este sentimiento y percepción de seguridad le surge porque previamente ha de sí misma que es una persona segura. Las investigaciones revelan que el optimismo protege, contra los efectos debilitantes de los eventos negativos. El optimismo es beneficioso en gran parte porque se asocia con una resolución activa de problemas. (García, 2016, p.4).

Está claro que las actitudes, de los dolientes son muy importantes. Cuando las actitudes son negativas, constituyen tanto un síntoma de problemas subyacentes como una causa que constituyen a las dificultades futuras. El deterioro de las actitudes puede originar ausentismo, desaceleración en el trabajo, el rendimiento bajo, problemas disciplinarios. Un reto clave para los psicólogos, es tratar con dolientes que esperan cada vez más que se muestre interés en sus actitudes y sentimientos.

Las actitudes, son los sentimientos y las creencias que determinan en gran parte la forma en que los dolientes perciben su ambiente, su compromiso con las acciones que se pretenden y en última instancia su comportamiento. Las actitudes forman un conjunto mental que afecta la manera de ver algo.

Las actitudes, son factores de predicción razonablemente satisfactorios del comportamiento. Aportan indicios acerca de las intenciones de comportamiento de hacia una inclinación a actuar de cierta manera. Las actitudes positivas ayudan a predecir comportamientos constructivos, y las negativas a prepararse para los indeseables.

CAPÍTULO II

LA CONCEPCIÓN DE MUERTE

2.1 La concepción de muerte.

La muerte, es la última y más radical confrontación que *viven*, los seres humanos. La muerte, significa algo diferente para cada persona y su creencia religiosa es un factor influyente, por tanto, es vital para el moribundo el decir cómo quiere vivir su tiempo restante de vida, que quiere con su muerte y cuál es el significado que tiene de ella. (Castro, 2007, p.100). Desde las culturas antiguas, la muerte siempre ha significado un suceso desagradable para el hombre y seguramente seguirá siéndolo, ya que resulta inconcebible imaginarnos nuestro final y por supuesto el de nuestros seres queridos. A pesar de los avances de la ciencia, la muerte sigue siendo un acontecimiento aterrador, y el miedo a la muerte es universal, por dolor y sufrimiento que este conlleva. Los seres humanos son inmortales, y hasta el momento no se ha podido hacer nada al respecto, y ojalá así continúe.

Frankl (citado en Castro,1991, p.100) manifiesta que existen tres rasgos inherentes a la muerte:

a) **La temporalidad:** Saber que se es temporal, que se va a vivir determinado número de años y que se es limitado en el tiempo. Es un término que muestra dos usos en nuestro lenguaje, por un lado, cuando queremos expresar la fugacidad que las

personas observan en la vida, es habitual que usemos esta palabra; y, por otro lado, designa lo que es profano, antes que lo religioso.

Se refiere a ubicar una situación, un proceso, en una secuencia histórica; construye tu propio tiempo; relacionar el asunto con el presente desde el cual es interrogado; hacerse cargo de aquello que de los eventos pasados permanece en el presente; y del futuro que estamos prefigurando y construyendo en el presente. Temporal es problematizar, la experiencia de convertirse: el pasado ya no existe, excepto que lo estamos llevando al presente por un interés o pregunta específica. El futuro aún no está, excepto porque estamos tratando de construir o pronosticar a partir del presente. Y el presente es fugaz e inasible. Temporalizar implica establecer una relación entre el paso del tiempo, la acción humana y la transformación del mundo social, así como con los instrumentos conceptuales con los que pretendemos conocerlos. Este tema, característico de la historia y la filosofía, tiene un interés especial desde el punto de vista del análisis conceptual en sociología.

Hay dos formas temporalizantes de experiencia: la duración, que se refiere al paso en el tiempo y puede tener diferente longitud; la simultaneidad, que es la sucesión, la singularidad e irrepetibilidad del evento. Todas estas experiencias, sobre el tiempo afectan cómo periodizar, cómo representamos el tiempo, cómo caracterizamos eventos del pasado o pretendemos predecir o prefigurar eventos futuros, y también cómo discriminamos qué conceptos van a ser más fructíferos.

b) **La finitud:** Saber que se es finito, no eterno. Que los seres son finitos es evidente, como lo muestra su multiplicidad, diversidad y limitaciones. La finitud es la categoría atribuible a todo ser, excepto a aquel que sea afirmado como realidad autosuficiente, absoluta en ser y perfección, mayor que la cual no pueda ser pensada

otra. La realidad conocida, la que nos consta y experimentamos, es decir, el todo universal, constituye en filosofía la llamada finitud.

En su sentido etimológico, finitud es aquello que tiene fin o término, que está acabado. Toda la realidad universal, tanto física como espiritual, es una realidad finita. Finitud es lo que es limitado. Todo lo que conocemos es finitud, porque todo en el universo tiene límites: la medida de una mesa, la capacidad intelectual, la maldad moral de un acto, la perfección de una obra de arte, una canción, una vida... todo es limitado. Sin embargo, el concepto tiene particular vigencia en la filosofía y en las ciencias antropológicas, para designar la singular configuración del ser humano al que se reconoce como limitado. No hay nada absoluto en la vida humana, y si hubiera algo sólo podría ser expresado relativamente. En otras palabras: en todo aquello que hace referencia al ser humano interviene siempre la finitud. Por eso, el ser humano es un incesante aprendiz, es decir, un ser en constante proceso de formación, de transformación y de deformación. El hombre es un ser-en-devenir, en desarrollo, cuyo inacabamiento le acompaña hasta la muerte.

c) **La irreversibilidad:** una vez que se presenta, no hay vuelta ni retorno. No puede retroceder en un pensamiento. No concibe dos categorías en una. Ej.: Su papá no puede ser el tío de su primo, porque ya es papá. En termodinámica, el concepto de irreversibilidad se aplica a aquellos procesos que, como la entropía, no son reversibles en el tiempo. Desde esta perspectiva termodinámica, todos los procesos naturales son irreversibles. El fenómeno de la irreversibilidad resulta del hecho de que si un sistema termodinámico de moléculas interactivas es trasladado de un estado termodinámico a otro, ello dará como resultado que la configuración o distribución de átomos y moléculas en el seno de dicho sistema variará.

Cierta cantidad de *energía de transformación* se activará cuando las moléculas del *cuerpo de trabajo* interaccionen entre sí al cambiar de un estado a otro. Durante esta transformación, habrá cierta pérdida o disipación de energía calorífica, atribuible al rozamiento intermolecular y a las colisiones. Lo importante es que dicha energía no será recuperable si el proceso se invierte.

Sin estos rasgos que caracterizan a la muerte, ¿Qué sentido tendría la vida si existiera la eternidad? Esto conduce necesariamente al pensamiento de que la muerte es la que le da sentido a la vida. Si no muriéramos ¿para qué hacer lo que estoy haciendo actualmente si dispongo de la eternidad? Viviendo es presencia de la muerte el ser humano se ve obligado a provechar hasta el último suspiro de vida.

La muerte, con relación a su duración según Louis-Vicent Thomas (citado en Castro, 2007, p.122) puede ser:

- **Lenta:** Es aquella que implica un periodo más o menos largo de tiempo. Es una muerte anunciada.
- **Súbita:** Es aquella que nos toma de improviso y es inesperada, se puede presentar de las siguientes maneras:
 - **Violenta:** Accidente o asesinato. En este tipo la persona no elige morir.
 - **Autoagresión:** Suicidio, aquí la persona elige morir.
- **Natural:** Por vejez, puede presentarse por enfermedad, como por ejemplo un paro cardíaco.

Desde el punto de vista tanatológico la muerte lenta es la que más favorece al trabajo de muerte y por consiguiente al duelo, ya que permite cerrar asuntos pendientes antes de llegar al final. Cuando se presenta una muerte súbita el duelo se dificulta, ya que no se contó con un tiempo para prepararse y despedirse (Castro, 2007, p.101).

Cuando la muerte llega a la familia el sufrimiento que se experimenta puede ser devastador dependiendo de diversos factores (Castro, 2007, p.122).

- **Tipo de muerte:** no es lo mismo, que una persona fallezca por muerte natural a que esta sea accidental y violenta.
- **Relación afectiva con el fallecido:** Si la relación, fue muy cercana el duelo se dificulta, y, asimismo, si la relación fue mala el duelo también se dificulta sobre todo por las culpas que surgen.
- **Edad:** no es lo mismo, que fallezca una persona de 80 años a que fallezca un niño, adolescente o joven.
- **Cultura:** Existen culturas donde, la muerte se percibe de manera más natural, así como otras donde no se permite expresar sentimientos y los duelos se ahogan.

- **Situación económica:** Este es un elemento, que también va a influir en el duelo. No es lo mismo que los deudos, tengan su situación económica solucionada a que tengan problemas financieros.
- **Sexo:** Como se menciona anterior mente, por cuestiones de género es más fácil, para la mujer elaborar su duelo, ya que es más aceptado ver que llore, que se ponga triste, en tanto que al hombre se le reprime más.
- **Etapas evolutivas del doliente:** Este aspecto, es muy importante a tomar en consideración, ya que es diferente que fallezca los padres cuando se es adulto y ya se tiene familia propia a que fallezca cuando se es pequeño.
- **Espiritualidad:** Este es un factor que, si se posee, favorecerá el enfrentamiento con el dolor y sufrimiento en comparación con los duelos de aquellas personas que no la poseen.
- **Circunstancias:** El vivir un duelo anticipado, ayuda a facilitar el proceso cuando la persona ya no está. Otro factor puede ser, que la persona atenta contra su propia vida, enfrente de alguien significativo, y por otro lado *te dejo una carta culpándote de lo ocurrido.*
- **Fe:** Si el doliente, profesa alguna religión facilita su proceso ya que tiene un sentido de esperanza ante la muerte: *si rezo por ti, te ayudo a llegar a tu destino final y yo me siento reconfortado.*

- **Tipo de personalidad:** Existen personas, que ante el menor revés se hunden, y otras que ante situaciones difíciles se muestran optimistas, tienen la capacidad de afrontar situaciones de frustración y el proyecto de vida *¿con que recursos personales cuento?*
- **Red social de apoyo con la que se cuenta para recibir y afrontar el golpe emocional:** Factor importante para salir adelante, ya que; *puedo necesitar el amor de los demás para encontrar la fuerza que necesito.*
- **Umbral del dolor:** Si vemos que el familiar, esta con dolores fuertes, puede llegar a desearse su muerte, con tal de no verlo sufrir, lo cual producirá cierta paz a los familiares sobrevivientes.

La combinación de todos estos factores, favorece o dificulta el duelo. El duelo es un proceso, que se inicia después del suceso que es la muerte o en la enfermedad, podemos vivir un duelo anticipado (antes de que la muerte se presente). Por tanto el duelo es un proceso que requiere de un tiempo y que cada persona lo vive de diferente manera y en periodo diferente.

2.1.1 Características de la concepción de muerte.

Se hace referencia a las características propias de la muerte con el fin de comprender mejor por qué esta es tan difícil de entender y aceptar, y por qué es justo ante ella cuando nos cuestionamos el sentido de la vida, siendo que parecieran ser

totalmente opuestas. Dichas características según (Instituto Mexicano de Tanatología, 2001, p.19) son las siguientes:

- **Universal:** Todos los seres vivos
- **Natural:** Es un suceso vinculado con la vida, por tanto, los seres vivos morirán por su naturaleza. Es normal que la muerte suceda, ya que los seres vivos son limitados, es tiempo y espacio.
- **Necesaria:** Contribuye al equilibrio de las especies y es parte del ciclo de la vida.
- **Cotidiana:** Sucede diariamente
- **Indeterminada:** a pesar de la certeza del morir, se tiene incertidumbre respecto del momento en que la muerte ocurrirá; no hay tiempo, ni edad predeterminada para ello.
- **Única:** Todo ser vivo tendrá solo una muerte, nadie puede tomar el lugar del que está muriendo.
- **Definitiva:** No es posible volver a la vida después de la muerte.
- **Radical:** muere toda la persona, es el fin de todas las capacidades del ser humano.

Los principales factores, que intervienen en la concepción muerte: Género, Edad, Estado civil, Nivel y estado socioeconómico, Cultura, Umbral del dolor, Concepto personal de muerte, Cambios, Tipo de enfermedad y cambios físicos, Pérdida de autonomía, Tolerancia a la frustración

2.1.2 Antecedentes histórico de la concepción de muerte.

Desde la época medieval, las órdenes religiosas trabajaron con los enfermos antes de la muerte y durante la muerte misma. Toda la ayuda que proporcionaban era

con base en el amor, era un acompañamiento para que la persona muriera en paz. Los primeros hospicios que datan del siglo XVI, proporcionan ayuda a viajeros necesitados y enfermos; los acompañaban hasta que morían. En el siglo XX se fundan los primeros *hospices* para la atención de enfermo terminal.

El centro de atención al enfermo terminal U HOSPICE: El movimiento de los centros de atención al enfermo terminal u *hospices* surge en Inglaterra, gracia al trabajo realizado por Cicely Saunders, quien inicio su obra en 1948 en el hospital *St. Thomas*, la continuo en *St. Joseph's Christopher's Hospoce*, en Londres. La National Association of Health Authorities (NAHA) publicó en 1987 directrices tituladas *Care of the Dying. A Guide for Health Authorities*.

Los hospices, representan algo más que un lugar físico, en donde una persona va a morir con dignidad; es también una actitud frente al paciente y su familia, que siempre toma en cuenta: (Instituto Mexicano de Tanatología, 2011, p. 20).

1.- El control del dolor y de otros síntomas que se presenten.

2.- La persona con enfermedad terminal, es una persona, no una cosa que puede manipularse, por lo tanto, es el paciente, el que enfermo-terminal participa activamente, junto con el equipo interdisciplinario de Tanatología que lo acompaña, en las decisiones fundamentales, como la continuación o no de un determinado tratamiento o el lugar donde recibirlo.

3.- El paciente, tiene el derecho de saber el estado de su enfermedad y los tratamientos paliativos que le suministran. Esto no quiere decir, que se lo abrume con información no solicitada, sino que un equipo sensible establece una buena comunicación con el paciente y su familia contestando lo que el paciente pregunta, y

dicho de una forma veraz, pero teniendo en cuenta hasta donde esa persona puede tolerar esa información, y en forma acumulativa.

4.- El apoyo a la familia, que es fundamental para poder ayudar a la persona con enfermedad terminal. Cada uno de los miembros de la familia, reacciona con pautas individuales de acuerdo a su estructura psicológica, a la historia personal y a los vínculos con el enfermo. Algunos tratarán de sobreprotegerlo y así lo aíslan o agobian con atenciones no solicitadas; otros desaparecen con distintas justificaciones. Se hacen a veces más evidentes los sentimientos negativos (rivalidad, rencores, etc.).

5.- El equipo actúa, ayudando en los procesos de aflicción y duelo, detectando los casos de duelos patológicos, y sugiere la terapia adecuada.

Del mismo modo dentro de los hospices se pueden encontrar diversas atenciones como suelen ser:

- **Atención al paciente terminal:** Todos los cuidados, irán dirigidos a cuidar que la persona tenga una calidad de vida y una calidad de muertes óptimas, realizando las máximas actividades posibles de su vida diaria.

Para ello es imprescindible, suprimir o aliviar el dolor y síntomas desagradables, ayudar al paciente a elaborar sus duelos, acompañarlo en su soledad, procurar que mantengan la máxima independencia y ofrecerle los medios necesarios que le permitan cubrir sus necesidades espirituales.

- **Atención a la familia y amigos:** La familia debe ser considerada, parte integral de la atención al paciente, ya que formara una unidad con él. Se educará a la

familia y amigos con la finalidad de cuidar adecuadamente al enfermo, así como dar soporte emocional durante el proceso de muerte y duelo. Se ofrecerán facilidades de hospitalización para que la familia pueda descansar en el proceso agotador y estresante.

- **Atención al personal que labora en el *hospice*:** El personal debe contar con, los conocimientos necesarios para cuidar al enfermo terminal. Se debe procurar una buena comunicación entre todos los miembros del equipo y también la mantención de su equilibrio emocional ante un trabajo desgastante.

Cuál es el sentido de la muerte y Significado de tanatología: ¿Tiene algún sentido la vida? Es una pregunta que frecuentemente hace la persona, cuando se enfrenta a la muerte, y si lo tiene, sobre todo cuando se piensa en los momentos alegres, en las experiencias placenteras, en los triunfos, etc. Sin embargo, resulta difícil entender el sentido de la vida, de todos y cada uno de los momentos que la conformen, e incluso, cuando se fracasa o se es víctima de injusticias, engaños, enfermedades, accidentes, etcétera.

Es innegable que, a lo largo de la vida, la persona enfrenta momentos de dolor, sufrimiento y pérdida, los cuales son inevitables. Todas las personas viven pérdidas, como el término de la infancia, de la juventud, la separación de seres queridos e, incluso, el no poder lograr metas planeadas o la imposibilidad de realizar planes e ilusiones. El mayor sufrimiento que experimenta e ser humano en su vida es, sin duda la muerte.

El fenómeno de la muerte, viene siempre acompañado de una cierta angustia, la cual proviene de la comprensión y temor a la pérdida del yo con carácter impreciso. La angustia es un temor difuso, mientras que el temor se focaliza en la *disolución del yo*. Kühbler Röss llama a lo primero *duelo anticipatorio*, cuando ya la noticia es real. El hombre actual no vive preocupado por la trascendencia de la muerte y su dimensión espiritual; sólo vive la muerte desde un paso previo a la misma que es la agonía.

En el fondo, el problema está más centrado en el sufrimiento que en la muerte en sí misma y su trascendencia espiritual o de dimensiones más allá del cartesianismo. Buytendijk afirma que el miedo a la enfermedad y a la muerte es miedo al sufrimiento, proviniendo de facetas tales como temor al dolor, a la limitación física o psíquica, deterioro estético, invalidez, indignidad con la que algunas personas se perciben dentro de un cuadro clínico característico, entubado, sondado, monitorizado, etc. Es decir, a ser o hacerse dependiente. Paradójicamente, cuando ocurre el sufrimiento, las personas que no están preparadas sufren mucho más.

A raíz de lo difícil que son los duelos, por muerte de algún ser amado, surge una disciplina que se encarga del estudio de la muerte y de los procesos de duelo generados por las pérdidas significativas en la vida. Según el Random House College Dictionary, la tanatología es *el estudio interdisciplinario del moribundo y de la muerte, especialmente de las medidas para disminuir el sufrimiento físico y psicológico de los enfermos terminales, así como la aprensión y sentimiento de culpa y pérdida de los familiares*. En la actualidad, la tanatología se emplea como una disciplina que se ocupa de todo tipo de pérdidas y duelos. (Castro, 2007, p.99).

Viviendo con presencia de la muerte, los seres humanos nos vemos obligados a aprovechar hasta el último suspiro de vida. La finalidad de la tanatología es humanizar

el proceso de la muerte y proporcionar a la persona una muerte digna, así como ayudar a los dolientes a elaborar procesos de duelo.

2.2 La concepción de muerte en adultos intermedios.

La muerte es un hecho biológico, pero también incluye aspectos sociales, culturales, históricos, religiosos, legales, psicológicos, médicos y éticos, todos los cuales suelen estar estrechamente relacionados. Aunque la muerte y la pérdida son experiencias universales, tienen un contexto cultural e histórico. Las actitudes culturales y religiosas hacia la muerte y los moribundos influyen en la forma en que los individuos se enfrentan con su propia muerte.

Los adultos tempranos que han concluido su educación y han iniciado sus carreras, el matrimonio o la paternidad por lo general están impacientes por vivir la vida para la que se han preparado. Si de repente son golpeados por una enfermedad o lesión potencialmente fatal, es probable que experimenten una extrema frustración e ira. Las personas que han desarrollado enfermedades terminales en sus veinte y treinta tienen que enfrentar las cuestiones de la muerte y la agonía en una edad en que deberían resolver los problemas de la adultez de pérdidas como una relación íntima. En lugar de tener una larga vida de pérdidas como preparación gradual para la pérdida final de la vida, todo su mundo se derrumba de manera repentina.

Los adultos mayores pueden experimentar sentimientos encontrados acerca de la perspectiva de morir. Los quebrantos físicos, además de otros problemas y pérdidas de la vejez, pueden disminuir su gusto por la vida y su voluntad de vivir (McCue, citado en papalia, 1995, p.612).

Algunos adultos mayores, desisten de alcanzar metas no satisfechas. Otros pueden esforzarse más para aprovechar el tiempo que les queda. Muchos tratan de prolongar el tiempo restante adoptando estilos de vida más sanos o luchando por la vida incluso cuando están muy enfermos (Cicirelli, citado en papalia,2002, p.612).

Cuando piensan o hablan acerca de su muerte inminentemente, algunos adultos mayores expresan temor. Otros, en especial los religiosos devotos, comparan la muerte con quedarse dormidos, una transición sencilla e indolora a la otra vida (Cicirelli, citado en papalia, 2002, p 612). De acuerdo con Erikson, los adultos mayores que resuelven la última alternativa crucial de integridad frente a desesperanza logran aceptar tanto lo que hicieron con su vida como muerte inminente. Una forma de lograr esta resolución es por medio de una revisión de la vida. Las personas que sienten que su vida ha tenido significado y que se han adaptado a sus pérdidas pueden estar mejor preparadas para enfrentar la muerte.

La pérdida especialmente difícil, que puede ocurrir durante la adultez son la muerte del conyugue, de un padre y de un hijo. La pérdida de un hijo potencial en un aborto espontaneo o el nacimiento de un niño muerto también pueden ser experiencias dolorosas, pero por lo regular atrae menos apoyo social.

CAPÍTULO III

LA TANATOLOGÍA

3.1. La tanatología.

La tanatología, se encarga del estudio integral e interdisciplinario, del proceso de la muerte y de la muerte misma. La tanatología estudia la muerte como el proceso de morir y la muerte misma. No trata de ir en busca de la muerte si no que el enfermo, la vea como un proceso natural, como una culminación de vida, como algo trascendental. Tanatología es *el estudio interdisciplinario del moribundo y de la muerte, especialmente de las medidas para disminuir el sufrimiento físico y psicológico de los enfermos terminales, así como la aprensión y sentimientos de culpa y perdida de los familiares.* Reúne en su quehacer, elementos personales y sociales que, influyen en cada individuo y busca resolver las situaciones conflictivas que existen en torno a la muerte, como la eutanasia, el suicidio, el abandono de enfermos terminales y ancianos, entre otro. (Instituto Mexicano de Tanatología, 2011, p.14).

La Finalidad de la tanatología. Ante el miedo natural de la muerte, tanto del enfermo como de sus seres queridos, la finalidad de la tanatología es proporcionar al hombre que muere, una muerte digna, una muerte apropiada; esto es, apoyándolo para aminorar el sufrimiento, lograr una buena relación con las personas significativas, resolver conflictos y comprender sus limitaciones físicas en su entorno personal, familiar y social. Cundo se habla de una buena muerte, se hace referencia a la persona que muere y también a los principales sobrevivientes, proporcionándoles la ayuda necesaria para que vivan el proceso de la muerte de un ser querido.

El morir es *proceso o acción que da como resultado el fenómeno de la muerte* que se presenta de manera compleja y multifacético, por lo que los objetivos de la tanatología se diversifican según los ámbitos en los que debe incidir. (Instituto Mexicano de Tanatología, 2011, p.15).

Labor de la tanatología: La labor de la tanatología, consiste en procurar el bien morir, es decir, una muerte digna. Sus objetivos dependen de cada caso, es decir, de las necesidades del usuario y de las circunstancias en las que se encuentra. Comprende tres actividades principales, que se mencionan a continuación, y que en ocasiones es difícil diferenciarlas en la práctica, pues se combinan y se apoyan unas con las otras.

- **Apoyo:** consiste en realizar varias actividades, que propicien tranquilidad y bienestar, ya sea físicos o emocionales en el enfermo terminal. El apoyo es tan variado como son las necesidades de las personas.
- **Acompañamiento:** es la actividad, que consiste en estar con el enfermo, aun cuando se tenga una actividad pasiva. Quien realiza el acompañamiento está aportando al moribundo la tranquilidad de no estar solo.
- **Consejería:** es un proceso de corto tiempo, donde se intercambian ideas, experiencias y emociones, entre dos o más personas en aras de despertar conciencia. Se dice también que es un proceso problematizador, donde el consejero escucha y cuestiona al usuario, a fin de que el mismo encuentre sus propias respuestas. La diferencia principal entre la psicoterapia tradicional y la consejería tanatológica, consiste en que la segunda es un proceso breve, con el

fin de que se acepte la pérdida de la propia vida o la de un ser querido y de que asuma un papel activo en el proceso de muerte y duelo.

Se define a la consejería tanatología como *un trabajo que busca elvar la conciencia*, con lo que se hace referencia a la necesidad de que el usuario se cuestione y encuentre el sentido de su vida, e identifique sus propios sentimientos, ideas, prejuicios, etc., respecto a la muerte.

En general la labor tanatología busca, en primera instancia, que el individuo encuentre aceptación ante la muerte, ya sea su propia muerte o la de otra persona. Sea una muerte inminente, una muerte pasada o la simple idea y probabilidad de ella. La muerte se facilita cuando no existe conflictos residuales entre las personas, es decir, problemas interpersonales sin resolver, los cuales provocan sentimientos de culpa, tristeza, decepción, enojo, etcétera.

Procura que la muerte sea aceptada como un hecho natural, como parte del ciclo mismo de la vida. Esta búsqueda de aceptación está dirigida a cada persona y a la sociedad en general. A través de las diferentes áreas de la labor tanatología, se puede resolver el problema que existe en las sociedades, especialmente en las de tendencia occidental, con respecto a la negación ante la muerte. (Instituto Mexicano de Tanatología, 2011, p.18).

Algunos Antecedentes históricos: En 1901, Se le da el termino tanatología a la ciencia de la muerte, posteriormente en. 1908, se le da el Premio nobel de medicina a Elias Metchnikoff. En1930, se obtienen resultados de grandes avances de medicina, comenzó un periodo que confinaba la muerte en los hospitales. En la década de los 50'

esto se generalizó cada vez más, para el ámbito Tanatológico y por último en la década de los 60' se realizan estudios sobre la presencia, de los familiares durante la muerte de un ser querido.

Origen Etimológico: El vocablo tanatos, deriva del griego thanatos, nombre que en la mitología griega se le daba, a la diosa de la muerte. La muerte es hija de la noche y hermana del sueño.

La Nueva Tanatología: Tiene como objetivo fomentar y desarrollar holísticamente, las potencialidades del ser humano de forma positiva y optimista hacia la cultura de muerte. Se ocupa primordialmente de la situación del enfermo que va a morir. También de sus familiares y allegados íntimos, así mismo del equipo de profesionales, voluntarios y personas que lo atienden. Esto durante tres momentos: el lapso que precede a la muerte, el momento de la muerte y la situación después de la muerte.

La Nueva Tanatología extiende su campo, de acción al entorno del enfermo, pues muchas de las personas que lo conforman son afectadas muy profundamente por esta situación, proceso que a su vez afecta al enfermo, además de su propia enfermedad. Sucede que, además de la enfermedad, el dolor y el temor ante la muerte que se aproxima, el enfermo sufre desgraciadamente, también en forma indirecta, todo el estrés que esta misma situación causa en sus familiares y allegados íntimos, e incluso en el personal profesional y asistencial que lo atiende.

3.1.1 Aspectos Multidisciplinarios

- Medico: trabaja desde aspectos tan diversos, como la genética y la robótica hasta los conocimientos que están en relación con factores medioambientales e influidos por aspectos económicos, políticos y socio-culturales. No es por lo tanto una sorpresa que esta disciplina, por ejemplo, estudia al individuo a nivel neural, endócrino e inmunológico por un lado y por otro las relaciones en los niveles personales, familiares y sociales, como también utilice la alta tecnología para hacer sus investigaciones, diagnósticos y tratamientos.
- Tanatologo: ayudará a la persona a superar la pérdida, de seres queridos. También ayudará con cualquier pérdida significativa cómo: El trabajo, El cambio de domicilio, Ruptura amorosa, Otros similares. El tanatólogo ayuda a las personas, a enfrentar el dolor cuando se pierde algo significativo. Enseña el proceso llamado *duelo* y ayuda a pasar por él en forma sana. Hay 3 formas en que puede intervenir:

1.- Enseña el proceso de duelo donde exista una pérdida significativa. Éste entrenamiento sirve para enfrentar futuras pérdidas.

2.- Acompaña a la persona que acaba de sufrir la pérdida para ayudarle en su proceso de duelo.

3.- Interviene cuando el duelo se vuelve problemático o hay crisis que se deben resolver, por lo que será necesario considerar dos aspectos importantes en su análisis:

- Legal: La psicología jurídica, es una rama o especialidad de la psicología, como tal es una disciplina aplicada, que trata de aplicar los conocimientos y técnicas básicas, experimentales propias de la psicología al estudio de la conducta humana en sus diferentes facetas dentro del ámbito legal, en sus diferentes contextos.
- Espiritual: Podemos afirmar que la espiritualidad es un conjunto de ideas y pensamientos sobre el significado de la vida, a su vez también es los intensos sentimientos que suscitan en nosotros. Sentimientos profundos, siempre, y pensamientos intuitivos, más que racionales o intelectuales.

3.2. Funciones de la tanatología

Ayudar en el proceso de duelo, procurar que cualquier ser humano que sufre una pérdida se le trate con respeto, cariño, compasión y dignidad. Los objetivos de la tanatología se centran en la calidad de vida del enfermo terminal, y evitar la prolongación innecesaria de la vida, así como su acortamiento prematuro, propiciando una muerte adecuada, que se caracteriza por las siguientes acciones:

- Atención al sufrimiento psicológico: Una evaluación psicológica exhaustiva, un psicodiagnóstico preciso y un tratamiento psicoterapéutico adecuado.

- Atención a las relaciones significativas del enfermo: Ayudar a el enfermo, en sus necesidades más específicas en relación con las personas que lo rodean.
- Atención a las últimas voluntades: Ayudar a los familiares o enfermos, a cumplir sus últimos deseos de forma segura y menos dolorosa.
- Atención a los aspectos legales: Orientar a los familiares

Una característica importante de la tanatología, como rama de la medicina consiste en facilitar al enfermo terminal todos los cuidados, paliativos necesarios en cualquier ámbito de acción y ayudar a la familia del enfermo a sobrellevar y elaborar el proceso de duelo producido por la muerte de éste. Sus principales elementos para su atención son:

- Enfermedad terminal: es la persona que se encuentra, en la etapa final de alguna enfermedad crónica, especialmente de las cancerígenas. Esta fase se inicia en el momento en que es preciso abandonar los tratamientos de finalidad curativa, ya que no le aportan beneficios a su estado de salud, para sustituirlos por otros cuyo objetivo es controlar y paliar los síntomas, tanto físicos como psíquicos que origina la enfermedad. A veces, se usa sólo la palabra *terminal*. Es sinónimo de enfermo o paciente desahuciado. Pero no debe confundirse con *enfermo o paciente agónico*, que se refiere a la fase de agonía de un paciente (la previa al fallecimiento). A menudo, un paciente se considera que sufre una enfermedad terminal cuando su esperanza de vida se estima en seis meses o menos, bajo el supuesto de que la enfermedad sigue su curso normal. La norma de los seis meses es arbitraria, y las mejores estimaciones disponibles de la longevidad pueden ser incorrectas. Por

consiguiente, aunque un enfermo diagnosticado correctamente puede ser considerado terminal, esto no es una garantía de que el paciente va a morir dentro de los seis meses. Del mismo modo, un paciente con una enfermedad que progresa lentamente, como el SIDA, no se puede considerar una enfermedad terminal ya que las mejores estimaciones de longevidad son mayores de seis meses. Sin embargo, esto no asegura que el paciente no muera de forma temprana.

- Persona y Familiares en proceso de duelo: El duelo es el proceso de adaptación emocional, que sigue a cualquier pérdida (pérdida de un empleo, pérdida de un ser querido, pérdida de una relación, etc.). Aunque convencionalmente se ha enfocado la respuesta emocional de la pérdida, el duelo también tiene una dimensión física, cognitiva, filosófica y de la conducta que es vital en el comportamiento humano y que ha sido muy estudiado a lo largo de la historia. En la actualidad se encuentra, en discusión el tema de si otras especies también tienen sentimientos de duelo como los seres humanos, y en algunas de ellas se han observado comportamientos peculiares ante la muerte de sus congéneres.
- Equipo médico: es cualquier dispositivo usado para diagnosticar, curar o tratar una enfermedad o para prevenirla. Van desde pequeños y simples, como un medidor de glucosa en la sangre, a grandes y complejos, como un ventilador mecánico.
- El duelo en sí mismo: El ser humano necesita, de los vínculos para crecer y desarrollarse. Cuando algunos de esos vínculos se rompen, surge un periodo de gran intensidad emocional al que llamamos duelo. Si la pérdida es radical y definitiva, como en el caso de la muerte, todas las dimensiones de la persona se ven afectadas (dimensión física, emocional, cognitiva, conductual, social y

espiritual) de tal manera que la persona se puede llegar a sentir incapaz de superarlo y/o desarrollar un duelo patológico que requerirá la intervención profesional para su recuperación.

Cualidades y aptitudes

- **Aceptación:** La aceptación es la facultad por la cual una persona, admite a otra persona, animal, objeto o pensamiento, la acción por la cual las recibe de manera voluntaria. Se trata de un término íntimamente, ligado al mundo de la psicología y la autoayuda, haciendo en este último caso referencia a la idea de la auto-aceptación, reconociendo todo lo bueno y lo malo que tengamos, admitiendo los errores y afrontarlos como un problema del que hay que aprender para no volver a incidir en ellos.
- **No juzgar:** Se denomina juzgar al acto mediante el cual, se realiza una valoración de hechos y circunstancias a efectos de tomar una decisión con respecto a algo. El término es utilizado especialmente en derecho, cuando una o varias personas especialmente dispuestas a ello evalúan una serie de hechos con respecto a una persona, ya sea individual o jurídica, y llegan a una conclusión que devendrá en un fallo que deberá ejecutarse obligatoriamente.
- **Escucha atentamente:** hace referencia a la acción de poner atención, en algo que es captado por el sentido auditivo. La palabra, que proviene del latín *ascultāre*, indica que la persona apela a las facultades de su oído para oír lo dicho. El hecho de escuchar, por lo tanto, está vinculado a la audición y

contempla un entramado psíquico y fisiológico que permite que una persona oiga.

- Preparación: tiene su antecedente etimológico en praeparatio, una palabra latina. El concepto se emplea para nombrar al proceso y al resultado de preparar (elaborar una cosa, disponer de algo para cumplir con un fin). A menudo se confunde la preparación con la titulación, aunque este último concepto simplemente indica que el sujeto ha superado un curso, ya sea terciario o universitario, y ha recibido un documento que acredita sus estudios.
- Paciencia: con origen en el vocablo latino patientia, la palabra paciencia describe la capacidad que posee un sujeto para tolerar, atravesar o soportar una determinada situación sin experimentar nerviosismo ni perder la calma. De esta manera, puede decirse que un individuo con paciencia es aquel que no suele alterarse.
- Compasión: El término se emplea con referencia al sentimiento, que tiene una persona cuando se identifica con el sufrimiento de un tercero, experimenta tristeza y ternura por eso. La compasión está vinculada a la empatía: el sujeto es capaz de percibir y de comprender que un tercero está mal. Ante esta situación, surge en él, la intención de ayudar al prójimo para que su dolor sea aliviado o eliminado. Por eso la compasión también se relaciona con la solidaridad.
- Empatía: esta palabra deriva del término griego empátheia, recibe también el nombre de inteligencia interpersonal (término acuñado por Howard Gardner) y se

refiere a la habilidad cognitiva de una persona para comprender el universo emocional de otra.

- **Honestidad:** del término latino honestitas, es la cualidad de honesto. Por lo tanto, la palabra hace referencia a aquel que es decente, decoroso, recatado, pudoroso, razonable, justo, probo, recto u honrado, En otras palabras, la honestidad constituye una cualidad humana que consiste en comportarse y expresarse con sinceridad y coherencia, respetando los valores de la justicia y la verdad. La honestidad no puede basarse en los propios deseos de las personas.
- **Experiencia:** del latín experientia, es el hecho de haber presenciado, sentido o conocido algo. La experiencia es la forma de conocimiento que se produce a partir de estas vivencias u observaciones. Otros usos del término refieren a la práctica prolongada que proporciona la habilidad para hacer algo, al acontecimiento vivido por una persona y al conocimiento general adquirido por las situaciones vividas.
- **Confidencialidad:** es la cualidad de confidencial (que se dice o hace en confianza y con seguridad recíproca entre dos o más individuos). Se trata de una propiedad de la información que pretende garantizar el acceso sólo a las personas autorizadas. Cuando se produce información confidencial (una carta, un documento, un informe, etc.), los responsables deciden quién o quiénes tienen derecho a acceder a la misma.

CAPÍTULO IV

MODELO Y ÁREA PSICOLÓGICA

4.1 Modelo Psicológico: cognitivo.

Se considera a las terapias cognitivas, como las más importantes dentro de ámbito de la psicoterapia, ya que existen factores que sostienen esta idea, por ejemplo, la convergencia de las terapias cognitivas con la orientación cognitivo conductual en terapia de conducta. Esta terapia pretende modificar los comportamientos y pensamientos de manera sincrónica y sinérgica; se encuentra orientada hacia el presente, como meta tiene reducir y si es posible eliminar los síntomas. La terapia cognitiva conductual se ayuda de mediciones psicométricas y pone énfasis en la cuantificación, la identificación de indicadores objetivos de progreso y la medición de estos (Sánchez, 2008, p.124).

Por otro lado, el auge de las terapias cognitivas también se debe a que durante las últimas dos décadas se produjo una *cognitización* de la psicoterapia, de modo que es inconcebible algún tipo de terapia que no postule de forma directa o indirecta alguna modalidad de cambio cognitivo.

El termino cognición se utiliza en un sentido amplio, que incluye ideas, constructos personales, imágenes, creencias, expectativas, atribuciones, etc. (Feixas y Miro, 1993, p.207). Desde una perspectiva amplia, este término a patrones complejos de significado en los cuales participan emociones, pensamientos y conductas.

4.1.1 Antecedentes teóricos.

Se considera a Kelly el primer teórico, que presenta una teoría de la personalidad, y un enfoque de la clínica, la terapia que puede ser considerada cognitiva. Menciona que la anticipación es la principal responsable de los procesos psicológicos del individuo. Su teoría está basada en la sistematización de las estructuras, de significado del individuo mientras que su práctica clínica se basa en la comprensión de tales estructuras en los propios términos del sujeto.

Por otra parte, se encuentran Beck y Ellis, quienes son considerados como fundadores. Sus inicios fueron dentro del psicoanálisis, pero debido a la falta de eficacia que encontraron dentro de este enfoque decidieron inclinarse hacia la terapia cognitiva. Ellis reemplazó la escucha pasiva por la escucha activa, la cual utilizó con sus clientes. Su enfoque se basa en la creencia de que la persona puede sustituir conscientemente los pensamientos irracionales con otros más razonables (Feixas y Miro, 1993, p.207).

Beck (citado en Feixas y Miro, 1993, p.209), de igual manera, no logró encontrar los resultados deseables desde la terapia psicoanalítica. Trabajó con pacientes depresivos, dentro del enfoque que desarrolló describió que el depresivo tiene pensamientos negativos acerca de sí mismo, del mundo y del futuro, lo que es conocido como la triada cognitiva de la depresión. Estos pensamientos pueden ser identificados por medio de la obtención de datos que cuestionen su validez y pueden lograr ser modificados.

Mahoney y Arnkoff señalaron a Bandura, como el iniciador de la tendencia cognitiva dentro del enfoque conductual. Su aportación propicia: la aceptación de un

determinismo recíproco entre el organismo y su entorno, dejando ya de lado el determinismo ambiental de los conductistas clásicos y la postulación de los procesos básicos de cambio conductual que implican mecanismos centrales de tipo cognitivo-simbólico (En Feixas Y Miro, 1993, p.211). Así posteriormente, Bandura reafirma la importancia de la expectativa de refuerzo, como un concepto claramente cognitivo para el control de la conducta.

La teoría del Albert Ellis: señaló que desde el principio la terapia racional emotiva, denota una teoría de la personalidad que surge de su teoría del cambio de personalidad. Ellis sugiere que los seres humanos son animales *creadores de signos, símbolos y lenguaje* que tienen cuatro procesos fundamentales: percepción, movimiento, pensamiento y emoción. Todas estas se encuentran interrelacionadas por necesidad. Por tanto, el pensamiento no sólo implica actividad cerebral; también incluye percepción, emoción y movimiento. La emoción no es un factor sino una combinación de fenómenos relacionados. Por tanto, las cogniciones, emociones y conducta son interaccionales y transaccionales en forma consistente. La teoría que está detrás de la terapia racional emotiva es conductual – cognoscitiva afectiva global que percibe a la cognición y emoción de manera integrativa y al pensamiento como algo incluido que se desencadena por algún grado de deseo o sentimiento, ve al sentimiento como algo que incluye de manera significativa a la cognición.

En vista de que los pensamientos y las emociones se superponen con frecuencia, gran parte de lo que se considera emoción es un tipo de pensamiento evaluador. Los humanos tienden a desarrollar una relación de causa y efecto, *de modo que nuestro pensamiento se vuelve la emoción y esta se vuelve el pensamiento propio. Estos procesos tienden a asumir un tipo de, plática con uno mismo*, la teoría de la personalidad básica de la teoría racional emotiva sugiere que los seres humanos en gran medida crean sus propias consecuencias emocionales.

Ellis expone que es auténtico y sano, que las personas se encuentren o se realicen *a sí mismas* en sus relaciones interpersonales y que tengan una cantidad considerable de lo que Adler llamó interés social. Lo que se conoce como trastorno emocional, se asocia con frecuencia con que las personas se preocupan demasiado acerca de lo que piensan los demás, esto se deriva de su creencia de que sólo pueden aceptarse así mismas si los demás piensan bien de ellas.

La teoría de A-B-C de la personalidad que se encuentra detrás de la terapia racional emotiva sostiene que cuando una consecuencia emocional muy cargada (C) (tal como un ataque de ansiedad) sigue a un evento de activación significativo (A) (como ser perseguido por un perro grande), puede parecer que A causa a e pero en realidad no es así. En su lugar, las consecuencias emocionales son creadas en gran medida por B, el sistema de creencias del individuo (¡Oh! ¡Cielos, todos los perros son peligrosos y eso es horrible!). Si dos personas son clasificadas como estúpidas y una se ríe de la denominación y la otra se siente deprimida, no se pueden explicar estas consecuencias radicalmente diferentes por A (el evento activador) sino por B (el sistema de creencias) respecto a A.

De acuerdo con la teoría que hay detrás de la terapia racional emotiva, las personas se trastornan psicológicamente por preocuparse en forma innecesaria así mismas. Cuando los individuos se sienten aprensivos en el punto C, después de experimentar una idea desagradable en el punto A, casi siempre se convencen así mismas de creencias (B) irracionales muy inapropiadas tales como *¡no puedo soportar este evento activador! ¡Es horrible que exista! ¡No debería de existir! ¡Soy una persona inútil por no ser capaz de prevenirlo o deshacerme de inmediato de él! ¡Tú eres una canalla por infligírmelo!*

Este conjunto de creencias, es irracional debido a que las personas pueden soportar el evento activador nocivo, aun cuando es posible que nunca les agrade, y es difícil que sea horrible debido a que este término es en esencia indefinible, con un significado excedente y ningún referente empírico.

El principio básico de la teoría que hay detrás de la terapia racional emotiva, es que los malestares emocionales, que se distinguen de los sentimientos de pesar, arrepentimiento, enfado y frustración, son causa de creencias irracionales. Son así debido a que insisten en forma fascinante en que algo en el universo debe o tiene que ser diferente de la manera en que es en realidad.

A Ellis no le importaba cuál sea el evento activador original que se condena, debido a que el evento activador A no es en realidad lo que importa. Las personas al final tienden a terminar con una condena de reacciones perturbadas que sólo se relaciona en forma indirecta con el *evento traumático* original de la vida. La mayor parte de las teorías importantes de la personalidad se concentran también ya sea en A, los eventos activadores en la vida de la persona, o en C, las consecuencias emocionales experimentadas después de la ocurrencia de estos eventos, y rara vez consideran a B, el sistema de creencias, el cual es el factor vital en la creación del trastorno.

¿Cómo obtienen las personas sus sistemas de creencias? Ellis cree que la herencia influye de manera importante ya que como seres humanos heredamos una gran cantidad de predisposiciones hedonistas biológicas y un alto grado de *enseñabilidad*. Ellis cree en *la probabilidad de que el 80% de la variación en la conducta humana descansa en bases biológicas y alrededor de un 20% en el entrenamiento ambiental*. Aunque la conducta es determinada en cierto modo por fuerzas internas y

externas, Ellis está convencido que las personas tienen algo de libre albedrío, aunque limitado, y capacidad para cambiar sus patrones de conducta.

Referente a que los modelos psicoterapéuticos son como metáforas, que se ajustan más o menos a las personas; algunas son más exitosas en ciertas culturas y época en relación con otras; se puede decir que estos modelos psicoterapéuticos hacen ver al cliente su misma problemática desde otro punto de vista, pero para que esto resulte tiene que ser tan novedoso como para lograr un aprendizaje, pero tan común como para lograr una identificación. (Álvarez et al, 2016, p.51).

Si bien todas las terapias exitosas de cualquier modelo, generan un cambio en pensamientos, emociones y conductas, la terapia cognitivo conductual, en especial la terapia racional emotiva conductual (TREC) inciden (intervienen de modo directo) sobre los tres aspectos fundamentales del mundo psicológico de las personas: pensamiento, emociones y conductas. Cualquier cambio exitoso bajo cualquier modelo terapéutico implicara una transformación de estos tres aspectos. En general, la mayoría de los modelos solo inciden (intervienen de forma directa) sobre uno de ellos, lo cual limita la posibilidad de que la metáfora sea significativa para el cliente. Algunos modelos con influencia sobre estas tres variables son la TREC de Albert Ellis, la terapia multimodal, la terapia cognitiva y la terapia de los esquemas.

Es importante tener un panorama general de los modelos básicos de las terapias cognitivas, las cuales se clasifican en tres modelos: cognitivo comportamental, reestructuración cognitiva y construccionista.

- El **modelo cognitivo comportamental** lo desarrollan los teóricos conductistas, los cuales consideran que los pensamientos son conductas encubiertas influenciadas por las leyes del condicionamiento. La metáfora que plantean es la del condicionamiento. Su objetivo es enseñar habilidades cognitivas específicas.
- El **modelo de reestructuración cognitiva** destaca el papel del significado: lo importante es lo que cree la persona. Es una psicoterapia estructurada con límite de tiempo, orientada hacia el problema y dirigida a modificar las actividades defectuosas del proceso de la información en donde trabajan en conjunto terapeuta y cliente para identificar las cogniciones distorsionadas. La metáfora es la del pensamiento de la información, su objetivo es realinear su pensamiento con la realidad. Este modelo, aunque plantea como eje central los pensamientos, da atención e incide también en la conducta y las emociones.
- El **modelo construccionista** dentro de las terapias cognitivas es un contexto filosófico más que una técnica. Los seres humanos son participantes proactivos que operan en niveles tácitos y las personas representan un desarrollo auto organizado que busca la coherencia dentro de la construcción social de los sistemas de creencias, buscando la viabilidad del conocimiento y no su validez. La metáfora se entiende como la narrativa de la construcción. En cuanto a la historia de las terapias de **reestructuración cognitiva**, tiene una historia muy diferente a las cognitivas comportamentales, cuyos orígenes están en el conductismo; los antecedentes de la reestructuración cognitiva se pueden encontrar en parte en el psicoanálisis.

Principales terapias de la reestructuración cognitiva En 1955, Albert Ellis inicia una nueva corriente en psicoterapias, y que a partir de 1993 se le conoce como

terapia racional emotiva conductual (TREC). Algunos años después, en 1962 se inicia una nueva propuesta en psicoterapias, que denomina terapia cognitiva (TC) y que muy pronto adquiriría gran prestigio por su eficacia para enfrentar depresión y ansiedad. (Álvarez et al, 2016, p.52).

Ambas propuestas, junto con nuevos desarrollos, como la terapia de los esquemas y otras nuevas orientaciones integradoras, conductuales y sociales, están comprendidas en lo que hoy se podría denominar en psicoterapia la *corriente cognitiva conductual*.

Tanto la TC como la TREC, en sus mismas escuelas fundadoras, han superado algunas concepciones originales. La TREC, en especial, han incorporado una visión constructiva y ecléctica, adoptando nuevos recursos considerados como *pos-racionalistas*. Algunas diferencias entre estas dos corrientes es que la TC es más histórica, mientras que la TREC no se preocupa tanto en cómo se creó un pensamiento determinado en el sujeto sino en cómo cambiarlo por alguno más adaptativo.

El paradigma de la psicología cognitiva y, por ende, de las terapias cognitivas, consiste en el principio de la mediación cognitiva. En síntesis, se refiere a que la reacción (o respuesta emotiva o conductual) ante una situación (o estímulo) esta mediada por el proceso de significación (o evaluación) en relación con los objetivos (metas, deseos) de cada persona.

El enfoque cognitivo conductual cada año es más dominante entre las propuestas psicoterapéuticas y su eficacia en la práctica clínica se reconoce más en las investigaciones sobre diversos trastornos, como depresión, adicciones, ansiedad,

angustia, agorafobia, fobia social y disfunciones sexuales, entre otros, al igual que sobre muchos problemas, como violencia, ira, inhibiciones, conflictos de pareja y otros.

Algunas de las características prácticas más destacadas de este modelo psicoterapéutico son la brevedad, que se centra en el presente, el problema y su solución, y que tiene un carácter preventivo de futuros trastornos, así como su estilo de cooperación entre cliente y terapeuta; también otorga gran importancia a las tareas de auto-ayuda a realizarse entre sesiones. Este enfoque permite el acceso a estructuras muy profundas y a su modificación, con resultados comprobados y perdurables que generan un cambio elegante, al producir un profundo cambio filosófico, que implica imperturbabilidad ante las adversidades, tomando en cuenta que, en casos de recaídas, el cliente puede usar lo aprendido en la TREC. (Álvarez et al, 2016, p.53).

La integración de los aportes de las diversas corrientes psicoterapéuticas, en la búsqueda de un abordaje específico y más afectivo para cada tipo de patología, con énfasis en la prevención, el incremento de la labor interdisciplinaria y la creciente participación del enfoque de la corriente cognitiva conductual como eje de dicho proceso.

En la práctica actual ha alcanzado un gran reconocimiento la incorporación al modelo cognitivo conductual de las técnicas y recursos de las corrientes humanistas y experienciales, en especial el psicodrama y la terapia Gestalt. También ha sido muy importante la institute (MRI), así como la investigación del proceso interpersonal paciente-terapeuta, entre otros aportes significativos. Otros enfoques incorporados han sido la terapia narrativa y la terapia de los esquemas. Las terapias cognitivas constituyen enfoques nacidos y contruidos en el mismo ámbito clínico, al inicio desprendido del psicoanálisis y, por ende, alejados de la psicología experimental.

Los principales elementos comunes a las intervenciones denominadas cognitivas son:

- Las personas no solo cambian ante el entorno, sino que lo interpretan de forma activa. Por lo tanto, reaccionan más a las representaciones cognitivas que a los acontecimientos per se.
- Los individuos son capaces de pensar sobre sus propios pensamientos (meta cognición).
- La cualidad del pensamiento ejerce una gran influencia sobre las emociones y la conducta, aunque no se afirma una relación lineal.
- Al menos algunas cogniciones pueden ser evaluadas de modo objetivo y ser modificadas. Con la toma de conciencia y práctica, los estilos cognitivos disfuncionales arraigados pueden ser modificados con el consecuente cambio emocional y conductual.

Quizá lo que mejor defina a un procedimiento como *cognitivo* sea el postulado de variables mediadoras de carácter simbólico entre las situaciones estímulo y las respuestas de los sujetos.

Por grupo se entiende una formación social altamente organizada y compuesta por un número, casi siempre reducido, de individuos estrechamente relacionados entre sí. Se considera que un grupo consiste en dos o más personas que comparten normas y cuyos roles sociales están interinfluenciados. El grupo es una reunión más o menos permanente de varias personas que interactúan y se interinfluyen, con el objeto de lograr ciertas metas comunes, en cuyo espacio emocional todos los integrantes se

reconocen como miembros pertenenciales al grupo y rigen su conducta en base a una serie de normas que todos han creado y aceptado o modificado. (Gonzales, 1999, p.4).

El terapeuta cognitivo-conductual como solucionador de problemas: en su papel de solucionar problemas, las terapeutas conductistas se enfrentan a una serie de *problemas por resolver* siempre que afectan una evaluación y un tratamiento. La terapia representa problemas a causa de la discrepancia inherente entre el estado en curso de un paciente (es decir, presencia de quejas, problemas, síntomas) y su estado deseado (esto es, el logro de su objetivo). En otra palabra, es tarea del tratante, ayudar al paciente. (Nezu, 2006, p.7).

4.1.2 Técnicas cognitivas: Ellis considera que el núcleo de su teoría está representado por una frase sencilla. De forma sintética y gráfica, Ellis resumió su teoría en lo que domino el *ABC*, recordando que “entre el acontecimiento activador y las consecuencias (C) siempre hay un pensamiento (B). (Álvarez, 2016, p.54).

El esquema completo incluye el debate *D*, que implica la discusión del terapeuta con el cliente sobre sus creencias irracionales *B* para generar creencias racionales *E* y con ello nuevas consecuencias emocionales más adaptativas y funcionales *F*, para ayudar a la persona a conseguir sus metas *G*. Es importante considerar que la relación entre A, B Y C no es lineal en exclusiva ni unidireccional, como en el esquema anterior, que es el modelo básico y más didáctico para explicar el origen y tratamiento de los trastornos.

Así, por ejemplo, la visión de *A* (acontecimiento), como lo percibe la persona, condicionado por metas *G* (goals) y, en cierta manera, *creado* por sus indiferencias y supuestos, elementos pertenecientes al sistema cognitivo *B*, es uno de los puntos que esgrime Ellis para presentarse como concordante con la visión de la corriente constructiva.

De todas formas y en todo momento, la TREC inside en que las causas más importantes (aunque no las únicas) de las neurosis no son los acontecimientos sino las creencias irracionales y disfuncionales que se encuentran dentro del sistema de creencias *B*. En cuanto a *B*, para una mejor comprensión de sus conceptos, ejemplifican algunas cogniciones:

- Observaciones (no evaluativas) que se limitan a lo observado: *el coche rojo está en marcha.*

- Inferencias no evaluativas que incorporan hipótesis o supuestos que pueden ser acertados o erróneos: *el conductor del coche rojo tiene prisa.*

- Inferencias evaluativas que incorporan hipótesis o supuestos que pueden ser acertados o erróneos, y tienen un impacto emocional en la persona: *como ya no me manda mensajes significa que no me quiere.*

- Evaluaciones preferenciales son deseos o intenciones de algo que quiere una persona: *quisiera aprobar mis exámenes.*

Evaluaciones demandantes o *debo-perturbadoras*: *debo*. De manera absoluta, aprobar el examen.

Las evoluciones demandantes se caracterizan por su rigidez e intolerancia a la frustración. Tales evaluaciones son denominadas por Ellis como *creencias* y calificadas de *irracionales* (demandantes) y de *racionales* (preferenciales).

Una creencia irracional se caracteriza por: (Álvarez et al, 2016, p.56)

- 1.- Ser inconsistente de manera lógica; esto es, partir de premisas falsas o resultar de formas incorrectas de razonamiento.
- 2.- Ser inconsistente con la realidad; no es concordante con los hechos, es distinto a lo observable.
- 3.- Ser dogmática, absolutista, expresada con demandas (en vez de preferencias o deseos). Aparece con el empleo de términos como *necesito, debo, debe, no puedo, jamás*, en lugar de *deseo, prefiero, es mejor, no me gusta, es peor*.
- 4.- Conducir emociones o conductas inapropiadas o *auto-saboteadoras*
- 5.- No ayudar (o impedir) en el logro de los objetivos de la persona.

6.- Las demandas pueden estar dirigidas hacia sí mismo, los otros o el mundo en general. Por ejemplo: *yo debo ser exitoso, tú debes escucharme o la vida debe ser fácil.*

De manera contraria a una concepción racionalista y objetiva, características de la época de su inicio, en la actualidad este modelo define que las personas tienden a dirigirse hacia sus metas. Lo racional en la teoría de la TREC ES *lo que ayuda a la gente a alcanzar sus metas y propósitos básicos; en contraposición, lo irracional es lo que se impide.* También se le considera que no solo por usar el verbo *debería* se considera una creencia irracional, así como tampoco usar el verbo *desearía* implica de manera necesaria una simple preferencia; es importante conocer el contexto, el sentido que le da la persona y las implicaciones que estas palabras tienen en relación con sus consecuencias. (Álvarez, et al, 2016, p.56).

Las evaluaciones demandantes (llamadas por Ellis creencias irracionales) se caracteriza por su rigidez y total intolerancia a la frustración. Tales demandas pueden estar dirigidas hacia sí mismo, los otros o el mundo en general, *yo debo ser exitoso, tú debes amarme o la vida debe ser justa.* Las actitudes demandantes representadas por las citadas expresiones conducen a las emociones (o conductas) disfuncionales o *auto-saboteadoras* que caracterizan aquellos trastornos que los pacientes intentan eliminar. La calificación de racional o irracional en el lenguaje de Ellis se centra en las consecuencias acordes o contrarias a los objetivos de las personas, excluyéndolo de la calificación de *racionalista* que algunos de manera errónea le han querido atribuir. Por lo tanto *aceptando que las personas tienden a dirigirse hacia sus metas, lo racional en la teoría de la TREC es lo que ayuda la gente a alcanzar sus metas y propósitos básicos, en tanto que 'irracional' es lo que se los impide.* Así, la *racionalidad* no puede definirse en forma absoluta, sino que es relativa por naturaleza.

En cuanto a las consecuencias *C*, la TREC distingue entre las *apropiadas (funcionales o no perturbadas)* con base en dos consideraciones:

- 1.- Que la intensidad sea acorde con la situación en referencia a la cual se genera.
- 2.- Que favorezca, si fuera posible o al menos que no sea contraproducente o adversa:
 - Preservar la vida.
 - Proteger la salud.
 - Evitar el sufrimiento.
 - Solucionar el problema, si lo hubiera.
 - Lograr las metas u objetivos de la persona.

Por otra parte, las consecuencias *inapropiadas (disfuncionales, perturbadas o auto-saboteadoras)*:

1. Causan un sufrimiento innecesario o desproporcionado con respecto a la situación.
2. Llevan a (o implican) comportamientos *auto-saboteadores* (contrarios a los propios intereses u objetivos).
3. Dificultan (o impiden) llevar a cabo conductas necesarias para lograr los objetivos propios.

Es muy importante analizar con la persona la consecuencia *C*, pues muchas veces son un indicador acerca de sus pensamientos, que terminan siendo funcionales o no; son una manera de hacer consciente al paciente su problemática, sobre todo aquellos que se quejan de no conseguir lo que quieren (metas o goals *G*) cuando justifican que los pensamientos ante tal situación son correctos, morales y justos. Así,

cuando existen consecuencias *C* disfuncionales y perturbadoras que impiden alcanzar sus metas *G*, se puede suponer que tales *C* son resultado de creencias irracionales.

Visión constructiva de la TREC El modelo ABC se completa con la consideración de las metas *G* (goals). *G* incluye los propósitos, valores y deseos que pueden ser tanto propensiones biológicas como aprendidas o hechas habituales por la práctica. Estas metas pueden ser o no saludables. Estas *G* interactúan con, influyen sobre y, en cierta forma, crean distintas *A*, *B* Y *C*. (Álvarez et al, 2016, p.57).

Las metas, intenciones y valores forman parte de y determinan el sistema de creencias en *B*. De manera obvia, el sistema de creencias y las inferencias en *B* determinan en parte las consecuencias emociones y conductuales en *C*. También las emociones, estados de ánimo y conductas en *C* como *B* intervienen en la conformación de *A* (el acontecimiento, tal como es percibido por la persona).

Es importante destacar que se considera como *A* al acontecimiento tal como es percibido de manera subjetiva por la persona y, por lo tanto, determinado no sólo por los *hechos* sino por el sistema biológico perceptor (sensorial), y asociador u organizador (interpretador). Esto implica la inevitable influencia de las metas *G* y el sistema de creencias *B*, así como del estado emotivo *C*.

Llegando aún más lejos, Ellis afirma: *desde un punto de vista constructivista, que la TREC acepta, aun la realidad externa es considerable representada e interpretada por los humanos auto-organizadores y pueden no existir por sí misma, ya que siguiendo el enfoque constructivista, y estando de acuerdo con Jean Piaget y George Kelly, en*

cuanto a que la gente no adopta de modo pasivo las reglas familiares y culturales, sino que las construyen, incluyendo importantes variantes y creando por su cuenta reglas e ideas.

La TREC no postula un criterio absoluto o invariable de racionalidad y los terapeutas de la TREC no eligen los valores, metas y propósitos de los clientes ni les enseñan cuales deberían ser sus intenciones y propósitos.

La TREC define la percepción de la gente de la realidad como irracional solamente cuando crea o construye pensamientos, sentimientos o conductas que frecuentemente derrotan o sabotean sus propios intereses, valores y metas personales. Para la TREC, irracional´ fundamentalmente significa auto-saboteador y racional significa productor de las mejores soluciones.

Las personas no pueden evitar crear teorías sobre el mundo, sobre sus relaciones interpersonales y sobre sí mismos. Esas teorías, esquemas o paradigmas pueden guiar a la persona a afrontar adecuadamente su entorno o pueden llevarla a un deficiente afrontamiento y una psicopatología. (Álvarez et al, 2016, p.57).

En este modelo, las relaciones son más complejas que en el original del ABC y si se tiene en cuenta la concepción de Ellis sobre la opcional posible acción inmediata directa de las A para generar las C (que luego si serian sostenidas por las B), concuerda con una concepción multidireccional y de acciones reciprocas: *La teoría de la TREC sostiene que los pensamientos, los sentimientos y las conductas son totalmente interactivos y cada uno de esos procesos continuamente afecta e influye sobre los otros dos. La mayoría de los psicólogos actualmente acepta que el*

pensamiento interactua con los estados emotivos e intensifica notablemente los sentimientos. (Álvarez et al, 2016, p.58).

Terapia y asignaciones Para entender el proceso de cambio hay que asumir tres insight. Dado que la persona no es esclava de sus tenencias a pensar de modo irracional, puede cambiar, en especial si se internalizan tres insight mayores:

1. Los acontecimientos pasados o presentes no causan emociones o conductas disfuncionales, sino el sistema de creencias.
2. Con independencia de la manera en que un individuo se haya perturbado en el pasado, en el presente se perturba en particular porque sigue adoctrinándose con sus creencias irracionales.
3. A la larga, un sujeto puede superar sus inquietudes al trabajar de manera dura y reiterada para refutar sus creencias irracionales y consecuencias.

Estilos del terapeuta Una de las formas de observar la amplitud y flexibilidad de este modelo es el planteamiento de los distintos estilos del terapeuta desde donde se trabaja teniendo en cuenta las características propias tanto del cliente como del psicólogo.

De modo evidente, un terapeuta puede cambiar su estilo según el cliente o la temática que se esté tratando, por lo que no se plantea la idea de que este estilo sea rígido y/o estable. (Álvarez et al, 2016, p.58).

1. Estilo socrático: lleva a las conclusiones a través de preguntas orientadas al cliente.
2. Estilo didáctico: brinda información y explicación sobre cuáles son los mecanismos de la perturbación emocional, como surge y se arraiga, y que se debe hacer para combatirlos. El lenguaje debe ser sencillo y claro, y usar el material necesario (libros o grabaciones).
3. Estilo humorístico: muestra la evidencia a través de lo cómico de una creencia irracional (el humor de lo absurdo de una creencia) solo si el paciente tiene sentido del humor, si hay un buen vínculo establecido y si la broma está dirigida a la idea y de ninguna manera a la persona.
4. Estilo auto-revelación: ilustra argumentos con ejemplos de su propia experiencia, de su vida personal.
5. Estilo metafórico: utiliza conceptos con metáforas (*es como si...*) referidas a temas que resultan familiares al paciente.

Técnicas de intervención en la TREC Se presentan algunas de las técnicas más comunes dentro de la TREC, las cuales se pueden clasificar según su foco de incidencia, de tal manera que hay las que inciden en las cogniciones *B*, otras sobre las conductas *C* y otras más sobre las emociones *C*. Es importante recalcar que estas son bastantes comunes en la TREC, pero no las únicas y se plantean de tal forma que el lector tenga una amplia idea de los modos de intervenir. (Álvarez et al, 2016, p.59).

A) Técnicas cognitivas

Formas de averiguar las creencias:

1. Darse cuenta inducido:

El terapeuta refuta las inferencias y en el debate el paciente empieza a descubrir las creencias subyacentes y termina por expresarlas.

2. Interpretación por inducción:

El terapeuta agrupa las inferencias, genera conclusiones y las propone de tal manera que si el sujeto tiene inferencia del tipo *si ni apruebo el examen soy un tonto, si no soy bueno para la escuela seré un fracaso*; el terapeuta puede interpretar que su creencia irracional gira en torno a la no aceptación del fracaso.

3. Encadenamiento de inferencia:

Esta técnica se puede utilizar de la siguiente manera, cuando el individuo tiene inferencia como:

Cliente: si ella no me habla es que no me ama.

Terapeuta: ¿Qué significa eso?

Cliente: que mi vida no tiene sentido

Terapeuta: ¿y eso que significa?

Cliente: que no soporto vivir sin que me ame.

De esta manera se encuentra la creencia irracional.

4. Evaluación guiada por hipótesis:

Cuando el cliente se está esforzando y no logra expresar su creencia, y se observa que explica la situación *A* y las consecuencias *C* el terapeuta genera su hipótesis y le pregunta: *si reprobaste tu examen y te sientes muy triste, ¿es posible que tu creas que es horrible reprobado o que te digas yo debo aprobar mis exámenes?*

Terapia Cognitivo Conductual: En comparación con otras aproximaciones, la teoría cognitivo conductual ha cobrado primacía en la práctica clínica por su avanzado grado de efectividad para el tratamiento de diversas condiciones clínicas. Con la terapia cognitivo conductual (TCC) se pretende modificar comportamientos de manera sincrónica y sinérgica. Está orientada hacia el presente, aunque por supuesto, se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas. (Sánchez,2008, pag.306).

La terapia cognitivo conductual se ayuda de mediaciones psicométricas y pone énfasis en la cuantificación, la identificación de indicadores objetivos de progreso y la medición de éstos. El psicólogo clínico aplica cuestionarios y planillas para evaluar los síntomas específicos, en la frecuencia, duración, intensidad y características. Esta medición es repetida periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea del cambio obtenido. La relación terapeuta-paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico. Paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar.

Dado que este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento independiente, se enfatiza en el aprendizaje, la modificación de la conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades intercesión. Adema, se refuerza el comportamiento independiente. Está centrada en los síntomas y la resolución de estos. El objetivo de la terapia es aumentar o reducir conductas específicas, como, por ejemplo, ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales.

La meta del TCC es eliminar, o al menos reducir los síntomas, y postula que, si desaparecen, por ejemplo, los síntomas de pánico, también de inmediato habrá una mejoría en otras áreas, sin la aparición de otros síntomas que los remplacen. Pone el énfasis en el cambio. Se le solicita al paciente practicar nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y generalizarlas fuera de la consulta como parte de la tarea.

En las sesiones se desafía la posición del paciente, sus conductas y sus creencias, a través de una confrontación cándida y directa de sus creencias irracionales, explorando opciones para sus patrones habituales maladaptativos de pensamiento y de conducta. La TCC es pragmática ya que se centra en la resolución de problemas. Al comienzo de cada sesión el terapeuta indaga acerca de los problemas que afrontan el paciente e identificar otros que necesitan resolver en ese momento. Al concluir la sesión la pregunta si ha hecho algún progreso al respecto.

Por lo general, la terapia utiliza planes específicos de tratamientos para casa problema y propone una continuidad temática entre las sesiones. En cada sesión se revisan las tareas indicadas para la semana anterior, se estudia cual es el problema actual y se planean actividades para la semana

siguiente. La intervención con TCC ha sido muy comprobada por su eficacia para tratar una gran variedad de trastornos.

Terapia Breve: es un nuevo modelo de terapia que busca solucionar los problemas de manera rápida, eficiente, indolora y económica. Busca atacar el problema que determine el paciente como el causante de su conflicto en el *aquí y ahora*. En terapia breve el terapeuta acude al pasado únicamente en dos casos; cuando el paciente lo considera importante para solucionar su problemática actual y cuando el terapeuta estime que obtendrá recursos adicionales y útiles para ampliar la gama de posibles soluciones al problema planteado.

La terapia breve como lo indica su nombre, implica tratamientos cortos, de aproximadamente seis sesiones en promedio e involucra cambiar de una forma de pensar lineal *causa-efecto* a una sistemática (sistemas, subsistemas y sus interacciones), es decir, no se trata al individuo y su problema en forma aislada, sino que lo considera dentro de su contexto actual y sus interrelaciones. Esta filosofía permite que la terapia breve se aplique adecuadamente tanto en el tratamiento de familiares, como parejas, individuos u otros sistemas de interacción humana.

Terapia emotivo racional: es el principal exponente de la terapia emotivo racional (TER) y clasifica sus técnicas en función de los procesos cognitivos, emocionales y conductuales implicados en ellas. En virtud de que gran parte de la patología, de acuerdo con esta visión, es consecuente de ideas irracionales, prejuicios que el individuo tiene sobre diferentes problemas; por ejemplo, con las técnicas cognitivas se identifican las

creencias irracionales que producen las emociones y conductas perturbadoras. Para ellos es común utilizar bitácoras y hacer una lista de creencias irracionales, permitiendo su refutación con base en preguntas hechas por el terapeuta para contrastar las creencias irracionales.

Con la TER, se promueven la aceptación incondicional y el autodescubrimiento y se utilizan métodos humorísticos como canciones, sociodramas y exageraciones irónicas para identificar, confrontar y cambiar ideas irracionales. Se emplean historias, leyendas y parábolas para mostrar las creencias irracionales y su modificación, para esto se le pide al paciente que adopte el papel de representante de la creencia racional en una situación simulada y comprobar así sus nuevos efectos. Aunque este enfoque es muy popular y efectivo, algunos excesos en el uso y la exagerada comercialización de esta terapia han demeritado su aporte en el ámbito clínico.

Hipnosis: Muchos trastornos y problemas en la práctica de la psicología clínica han sido objeto de aproximación a través de la hipnosis, vista como un método casi mágico e infalible para el tratamiento de muchas condiciones. La hipnosis se puede conceptualizar como una forma de concentración enfocada, atenta y receptiva con una sensación de consciencia paralela y constricción de la consciencia periférica. Con la hipnosis se puede alterar las percepciones, manifestar disociación, amnesia, cumplimiento compulsivo de instrucciones dadas y aceptar incongruencias lógicas. El fenómeno hipnótico ocurre de forma natural, incluso sin inducción formal, y por ello es importante al menos reconocer el trance.

Los mitos sobre la hipnosis incluyen el hecho de concebirla como sueño, considerarla peligrosa o entender que solo ocurre cuando se le utiliza formalmente. Sin duda, este enfoque ha sido producto de la charlatanería y los abusos en el ámbito clínico. Entre las más documentadas aplicaciones se destacan; el control de dolor, de los trastornos adictivos, de los hábitos (tabaco, alimentación), de la reestructuración cognitiva, de trastornos psicósomáticos (asma, gastrointestinales, dermatológicos), del estrés postraumático, de ansiedad (fobias, insomnio), de problemas disociativos (fugas, conversiones, personalidad múltiple) entre otros. (Sánchez,2008, pag.310).

Formas de discusión teórica

- Lógica. Se busca la coherencia lógica o deductiva de lo aseverado. Por ejemplo, se le dice al paciente: *¿Qué relación hay entre que no te amé y que tu vida no tenga sentido? Antes de que fueran pareja y que n te amaba, ¿tu vida tenía sentido?* (Álvarez et al, 2016, p.59).
- Empírica. Se verifica la realidad, que sucede lo enunciado o que en los hechos las cosas no ocurren o no son así. Así, las preguntas que pueden generar el terapeuta serían en sentido: *¿Qué relación existe entre el sentido que tiene toda tu vida con el que tu pareja no te amé?, ¿se puede comprobar que la falta de amor de una persona le quite el sentido a tu vida?*
- Pragmática. Se comprueba si la ley o el pensamiento (creencia) sostenido sirve o es útil para encarar las situaciones o resolverlas de manera satisfactoria o si, por el contrario, es inútil o incluso contraproducente, y causante del trastorno o *empeoramiento*. Aquí cabe preguntarse sobre las consecuencias de esta creencia o forma de pensar. La intervención terapéutica estaría en el sentido: *me doy cuenta de que al creer que tu vida no tiene sentido por la falta de amor estas deprimido y esto te afecta en otros ámbitos de tu vida; no tiene que ver con toda*

tu existencia, tienes otras cosas que hacer, otros ámbitos por explorar ¿esto no te ayudaría a estar menos triste? (Álvarez et al, 2016, p.60).

Una nueva creencia: encontrar una opción que reúna los requisitos anteriores (todos, pero en especial el tercero, que motiva el cambio). El terapeuta puede sugerir lo siguiente:

-¿Qué necesitarías pensar acerca de la falta de amor de tu pareja que te permita disfrutar de los otros aspectos de tu vida?.

Una técnica alternativa a la discusión de las creencias irracionales para pacientes que relativizan su lenguaje y dificultan las discusiones es enseñar afirmaciones dialécticas o filosóficas racionales que se pueden emplear en lugar de las creencias irracionales que la persona en cuestión usa con frecuencia, como: *nada es terrible, aunque muchas cosas pueden ser inconvenientes o molestas, nunca necesito lo que deseo, puedo perfectamente soportar cosas que me molestan o no me gustan o puedo calificar mis actos o el de otras personas, pero es imposible e indebido clasificarme a mí o a otros.*

Biblioterapia Se refiere a la recomendación de material escrito relacionado ya sea con la TREC o con la propia problemática que presenta el cliente. Dicha técnica tiene como objetivo generar una mayor conciencia y conocimiento tanto del proceso terapéutico que lo ayudara a generar un adecuado entendimiento y facilitara el compromiso con la terapia, como el padecimiento por el que acude a terapia.

Imaginación racional emotiva Implica idear con gran viveza un acontecimiento activador que hace sentir a la persona de forma alterada, ya sea con ansiedad, pánico, depresión o rabia, y trocar ese sentimiento por otro negativo, pero más apropiado, como pesar, decepción, frustración, etcétera.

Proyección en el tiempo se usa para conseguir una reestructuración cognitiva, al apreciar que no es tan *terrible* que ocurra algún hecho temido; ver que las consecuencias de un hecho no son tan malas como se espera; aceptar lo peor que pudiera pasar, para cambiar lo que se pueda modificar.

B) Técnicas conductuales

Implosión

Tareas in vivo; permanecer en una situación desagradable. Cambios más rápidos y drásticos que la desensibilización gradual (acercamiento paulatino al problema a través de ejercicios graduados de menor a mayor grado de disconformidad utilizado en fobias, por ejemplo). Tiene algunos riesgos para ciertos clientes o problemas. (Álvarez et al, 2016, p.61).

Técnicas de condicionamiento operante y contratos conductuales Empleo de refuerzos o premios por realizar una conducta deseada, o penalizaciones por no tener conductas esperadas o recaer en conductas inapropiadas. Contratos conductuales para comprometerse en un cambio de conducta, con las consecuencias de refuerzos o penalizaciones si se lleva a cabo o no.

C) Técnicas emotivas

Aceptación incondicional

No solo la aceptación incondicional por parte del terapeuta hacia el cliente, sino que el paciente aprenda a aceptarse a pesar de sus errores y defectos. Que no se juzguen como personas sino por sus hechos.

Métodos humorísticos Uso de canciones humorísticas o tomar con humor las cosas negativas por las que pasamos. Desdramatizar las situaciones cotidianas por medio de la exageración.

Siendo coherente con la aceptación positiva incondicional; en todo caso, la burla o el sarcasmo se dirigen a la situación y nunca a la persona, teniendo la precaución siempre que, aunque se tengan las mejores intenciones, a veces el cliente puede malinterpretar dicha intervención y sentirse ofendido. Otro punto a considerar en este apartado es el estilo propio del terapeuta y su conocimiento, ya que su personalidad puede no favorecer esta técnica.

Inversión del rol racional Argumentaciones fuertes y dramáticas entre el *sí mismo* irracional y el *sí mismo* "racional", para darse cuenta de las polaridades, pues las personas suelen tener pensamientos totalmente contrarios ante un mismo evento. (Álvarez et al, 2016, p.61).

Ejercicios de ataque a la vergüenza Ejercicios ideados, para sentir lo que de manera habitual se llama vergüenza, aunque inofensivos, propician acostumbrarse a esa situación y dejar de juzgarse a sí mismo.

Asimismo, hacerlo solo sobre los actos del paciente: llevar ropa estrafalaria, cantar las estaciones de metro, leer el periódico al revés, pedir en la calle, presentarse como enfermo mental, etc. Estos ejercicios van enfocados a la idea que el sujeto pudo tener acerca de ser perfecto, lo cual suele generar consecuencia negativa por no serlo; por lo tanto, esta técnica lleva al paciente (a modo de paradoja) a lo que quiere evitar para daré cuenta que puede soportarlo.

Tareas para casa Otros de los recursos valiosos y típicos de la TREC son tareas para la casa, que pueden estar enfocadas en cogniciones, conductas y/o emociones. La lógica de dicha tarea se puede dividir en dos. Por una parte, se mantienen las intervenciones en el consultorio durante la semana, una de las razones por las cuales este modelo se considera breve, pues en poco tiempo y con el trabajo intenso de la cliente vera resultados positivos. Por otra parte, el set terapéutico no es visto como un micro-universo del mundo real, como en el caso del psicoanálisis, sino que es un espacio de trabajo y gestión de cambios enfocados fuera del consultorio.

Ilustración del uso exitoso de la TREC y de la terapia de esquema maladaptativo temprano En esta sección se ilustra con tres ejemplos, la variedad de ámbitos y temáticas en los que puede intervenir de manera psicoterapéutica con éxito, a partir de modelo cognitivo conductual. El primero ejemplo es un reporte clínico tipo TREC sobre disfunción familiar transitoria por consumo descontrolado de alcohol en un hombre de 42 años. El segundo ejemplo, un reporte de investigación aplicada, alecciona acerca del uso de la intervención grupal en foco (IGF) en mujeres con el

esquema mal-adaptativo temprano (EMT) de abandono, mediante una adaptación de la técnica de reparentalización limitada. El último ejemplo es el reporte de una investigación aplicada y muestra el uso de la reestructuración cognitiva por medio de la imaginación en niños con dificultades para expresar ira.

- I. **Reestructuración cognitiva:** Se denomina reestructuración cognitiva al proceso mediante el cual modificamos las formas inadecuadas de pensar, debido a las evidencias contrarias que ofrece la experiencia o al hecho de asumir líneas de razonamientos más alineadas. Tiene como objetivo detectar los pensamientos automáticos negativos y sustituirlos por otros más racionales.

- II. **Detención del pensamiento:** Se encarga de reducir la frecuencia y la duración de los pensamientos negativos e irracionales. Dicha técnica consiste de tres pasos los cuales son:
 1. **Tomar conciencia de lo que se está haciendo:** busca que la persona imagine una situación en la que aparezca un pensamiento negativo. Puede cerrar los ojos si así lo cree necesario, debe dejar volar su imaginación determinando con detalle el pensamiento.
 2. **Detener el pensamiento:** gritar mentalmente o en voz alta *¡Stop!*, *¡Basta ya!* u otras opciones de modo que pueda ser interrumpido el pensamiento irracional.
 3. **Sustituirlo:** modificar y cambiar el pensamiento irracional por otro pensamiento racional. También puede sustituir el pensamiento, distrayéndose con alguna tarea, de modo que la persona pueda distraerse y olvidarse de dicho pensamiento.

a) Esquema ABC: Ellis elabora una teoría de la personalidad sobre la idea inicial de que la conducta inadaptada se deriva de pensamientos irracionales y erróneos, que la mayoría de los seres humanos tenemos debido a un mal aprendizaje realizado a lo largo de nuestra vida (Milán y Serrano,2002). Desarrolla el esquema ABC que tiene como objetivo desaparecer las ideas irracionales por medio de cinco pasos (A, B, C, D Y E):

A) Acontecimiento activador, sucesos observables. Puede provenir tanto del interior como del exterior, así como puede ser observable o algo poco observable.

B) Pensamiento y creencias. Va referido a los pensamientos y creencias que el acontecimiento activador (A) desencadena. Estos pensamientos pueden ser racionales o irracionales, las ideas irracionales suelen ser poco lógicas, no basadas en la evidencia.

C) Consecuencia o conductas emocionales. Pueden ser motora o emocionales y son derivadas de estos pensamientos.

D) Debate. Discusión realizada para solucionar problemas creados a partir de la interpretación irracional de acontecimientos activadores que lleva a conductas o emociones inapropiadas. Tiene como objetivo desmontar los pensamientos irracionales.

- E) Se refiere a las conductas y emociones más adecuadas que aparecen después de realizar con éxito el punto D.

4.2 Área de la Psicología: Social

La psicología social estudia las manifestaciones de comportamiento suscitadas por la interacción de una persona con otras personas, o por la mera expectativa de tal interacción. A excepción de las figuras legendarias de Robinson Crusoe y los ermitaños, todos los seres humanos vivimos en constante proceso de dependencia e interdependencia en relación con nuestros semejantes. Un apretón de manos, una reprimenda, un elogio, una sonrisa, una simple mirada de una persona en dirección a otra, suscitan en esta última una respuesta que caracterizamos como social. A su vez, la respuesta emitida servirá de estímulo a la persona que la provocó, generando de esta suerte un nuevo comportamiento de esta última, estableciéndose así el proceso de interacción social. Al lector familiarizado con los conceptos de variable independiente en relación con el comportamiento que será emitido por esa otra, la cual, a su vez, asume el papel de variable dependiente en cuanto a la respuesta al comportamiento que le dio origen y de variable independiente en cuanto estímulo al próximo comportamiento de la primera persona, cuando esta le emite una respuesta. (Morales, 1991, p.15).

La psicología suscita varios problemas pertinentes a la filosofía de la ciencia psicológica. En virtud de que este enfoque de la psicología social suscita varios problemas pertinentes a la filosofía de la ciencia psicológica y libre albedrío, papel de la teoría en la psicología, los siguientes problemas epistemológicos: ciencia psicológica y libre albedrío, papel de la teoría en la psicología, construcciones hipotéticas y variables intervinientes, posibilidad de formulación de leyes generales del comportamiento.

La psicología social es una de las ramas fundamentales de la moderna ciencia de la psicología. La psicología es la ciencia de la mente y la psicología social es la ciencia de los aspectos sociales de la vida mental. La vida de la psicología como ciencia comenzó formal en 1879, año en el cual Wilhelm Wundt fundó el primer laboratorio de psicología en Leipzig, Alemania. Wundt se propuso de forma consciente aplicar los nuevos métodos de investigación de la fisiología experimental (que estaban dando muy buenos resultados) a los problemas de la conciencia y la percepción humana, hasta el momento dominio de los filósofos. (Morales, 1999, p. 2).

Desde el principio, Wundt mostró interés no solo por la estructura y por los contenidos de la conciencia individual, sino también por la psicología “social”, los productos y actividades colectivos de la vida mental que constituyen los cimientos de la sociedad (lenguaje, religión, leyes, costumbres y tradiciones, etc.). Sin embargo, aunque escribió mucho acerca de la psicología social, no estudió estos aspectos colectivos de la psicología en su laboratorio. Hubo que esperar al principio del siglo XX para que los métodos de investigación empíricos y experimentales de la ciencia comenzasen a aplicarse a la psicología social y para que este campo comenzase a adoptar su forma moderna. La investigación experimental se puso en marcha en sentido estricto en los años veinte y treinta de nuestro siglo, primordialmente en los Estados Unidos de Norteamérica y tanto W. McDougall, un psicólogo evolucionista inglés, como E. A. Ross, un sociólogo estadounidense, publicaron en 1908 textos muy influyentes, al igual que lo hizo en 1924 F. Allport, un psicólogo conductista estadounidense.

La psicología social en cuanto campo moderno, tiene solo 70 años de edad. Durante todo este tiempo, ha habido una gran expansión en el volumen del trabajo realizado y en el número de personas que lo realizan, así como cambios rápidos en las orientaciones teóricas y en los temas de los estudiados y un gran incremento en el refinamiento metodológico. Por último, pero no por ello menos importante, se ha

producido una significativa internacionalización del campo. El presente volumen revisa las áreas fundamentales de la investigación y la teoría contemporáneas, subrayando los progresos que se han realizado.

Perspectivas sobre la psicología social: El individuo y El grupo

Esta definición de la psicología social en cuanto preocupada por la mente social, es decir, la mente que surge del juego interactivo de los procesos sociales y psicológicos, es importante porque proporciona una justificación intelectual del campo. Delimita el territorio especial de la psicología social como algo distinto de la psicología general (individual), por una parte y de las ciencias sociales, por otra. Esto resultara más claro si volvemos a ubicar la definición en el contexto del que emergió originalmente. El nacimiento de la psicología social como una ciencia empírica estuvo marcado por una importante controversia acerca de la relación del individuo con el grupo social. Esta discusión implicó a las perspectivas fundamentales que cabe adoptar sobre la “mente social” y proporciona un buen punto de partida para introducir de manera más concreta los fenómenos que se estudian en la psicología social.

¿Existe una psicología del grupo? Todos los seres humanos pertenecemos a grupos sociales y vivimos en ellos. Además, en ocasiones sentimos, pensamos, y actuamos colectivamente como miembros de estos grupos. Si pensamos en algún ejemplo de la acción grupal extraído de la vida real. Al hablar de los grupos como si fueran entidades únicas, que muestran pautas sistémicas y organizadas de conducta en un plano colectivo y no solo individual, les atribuimos procesos psicológicos al igual que lo hacemos con los individuos. Decimos que los grupos sienten, piensan, ven, recuerdan, planifican y así sucesivamente. Estas actividades no son conductuales sino mentales.

La tesis de la mente grupal: un grupo de teóricos pre-experimentales defendían que los grupos se caracterizaban realmente por una psicología definitiva, imposible de reducir a la psicología del miembro individual pero igualmente real. Postulaban alguna versión de la idea según la cual los contextos grupales o colectivos los individuos eran poseídos por una mente de grupo que transformaba de forma cualitativa su psicología y su conducta.

Disonancia cognitiva, atribución causal y cognición social: La investigación en percepción social se centra en la forma en la que percibimos y explicamos tanto a las otras personas como a nosotros mismo, es decir, la manera en que formamos impresiones de personas, las evaluamos, juzgamos, recordamos y explicamos. Ya en los años cincuenta la psicología social había desarrollado una serie de potentes conceptos para comprender la percepción social (por ejemplo, actitudes, estereotipos, teorías implícitas de la personalidad, concepto del yo) y tenía un interés establecido en el área.

Las manifestaciones comportamentales y los procesos mentales superiores (expectativa, pensamiento, juicio, procesamiento de información, etc.) son desencadenados por el proceso de interacción y caracterizan lo que se acordó denominar pensamiento social, es decir, los procesos cognoscitivos provocados por la interacción social. (Rodríguez, 1992, p.15).

La interacción humana y sus consecuencias cognoscitivas y comportamentales constituyen el objeto material de la psicología social, es decir, aquello que estudia. El objeto formal de la psicología social, o sea, la manera por la cual esta estudia a su objeto material, es el método científico. El método científico es toda actividad que conduce al descubrimiento de un hecho nuevo orientado por el siguiente paradigma.

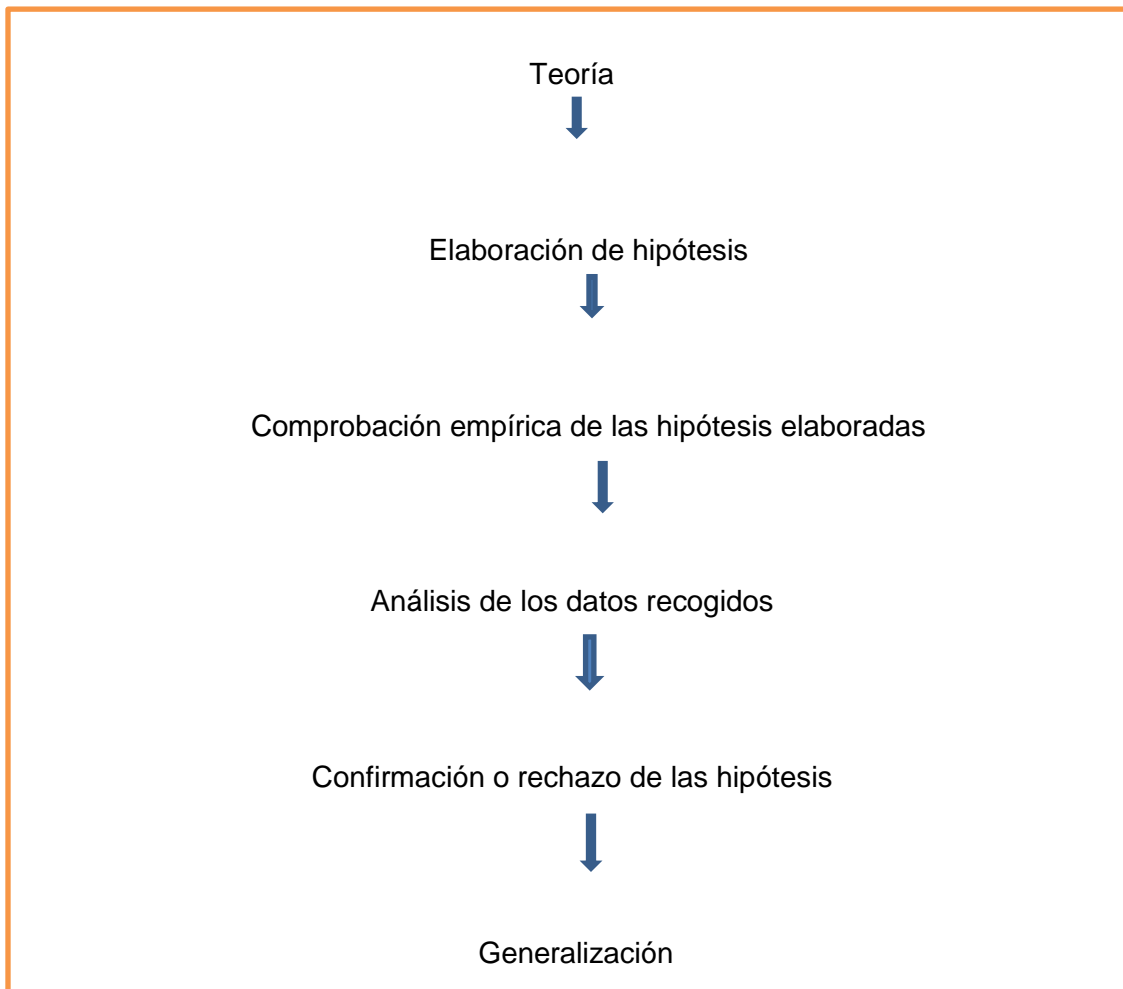


Figura 1. Paradigma

Psicología social y sectores Afines del conocimiento Un profesor de psicología social difícilmente se escapa de ser interpelado por sus alumnos en relación con el problema de la diferencia entre psicología social y otros sectores afines del conocimiento, como la sociología, la antropología cultural, la filosofía social y la propia psicología tout court.

Psicología social y sociológica Los libros elementales de sociología consideran como objeto de estudio sociológico a la sociedad, las instituciones sociales y las relaciones sociales. Con dificultad se encuentra a un psicólogo social o a un sociólogo que afirme categóricamente que la psicología social y la sociología son ramas por completo distintas, o sea, dos conjuntos separados sin relación alguna. La mayoría se inclina a pesar de que ambos sectores del conocimiento tienen, cuando menos, un objeto formal distinto, pero reconoce la existencia de un área de intersección bastante nítida en cuanto a su objetivo material.

El sociólogo se ocupa de describir a la familia según la autoridad dominante (patriarcal, matriarcal, igualitaria), el número de personas unidas en matrimonio (monogamia, poligamia, poliandria), el lugar de residencia del matrimonio (patrilocal, matrilocal, neolocal), etc. El psicólogo parte del statu quo (matriarcado, patriarcado, etc.) y se preocupa por estudiar como tales situaciones influyen en el comportamiento de un miembro de la familia frente a los de más. No hay duda alguna de que el estudio de la familia existe innumerables sectores de interés común a ambos profesionales (por ejemplo, el proceso de socialización del niño, la solución de conflictos familiares, la satisfacción conyugal, las relaciones de poder, etc.)

Psicología social y antropología cultural La distinción entre la psicología social y la antropología es mucho más clara que la distinción entre la psicología social y sociología. No hay duda de que los descubrimientos antropológicos y las investigaciones que deparan siguen y aportan valiosos e interesantes datos para el entendimiento del comportamiento del individuo de diferentes culturas frente a los otros individuos.

La antropología lato sensu estudia, sin embargo, los productos humanos en las diferentes culturas, las características étnicas de distintos pueblos, sus formas de expresión, etc., pero se abstiene de considerar al individuo en sí mismo, así como su comportamiento característico frente a los estímulos sociales inmediatos (situacionales), como lo hace la psicología social.

Psicología social y filosofía social Los sectores del conocimiento que se han comparado anteriormente poseen una característica común: todos pueden ser considerados como ciencias del primer grado de abstracción en la clasificación aristotélica. Todos estudian las características propias de su objeto material, variando apenas el modo en que lo hacen y el hincapié diferencial que hacen en los aspectos considerados en sus investigaciones. Este no es el caso cuando se compara a la psicología social con la filosofía social.

La psicología social es una ciencia empírica que no guarda ninguna relación con la filosofía, a no ser en lo que atañe a la epistemología y a la orientación general de los problemas meta-teóricos como, por ejemplo, el problema de la relación entre el cuerpo y el alma. La filosofía social, por otro lado, especula y no comprueba empíricamente tales especulaciones, toda vez que no sea su ocupación

Psicología social y otros sectores de la psicología Según la definición de psicología social antes presentada, comprobamos que, con excepción de la psicología fisiológica, de los estudios experimentales de la psicofísica, de la psicología comparada y de la teoría de los test mentales, todos los demás sectores de la psicología se refieren a situaciones interpersonales que implican, por tanto, una situación de dependencia, interdependencia, o de ambas simultáneamente. El psicólogo clínico, el psicólogo de la organización, el estudioso del desarrollo de la personalidad, el psicólogo educacional,

en fin, el psicólogo tout court, se ve constantemente involucrado en el estudio de situaciones en las que es evidente la interacción humana.

Se trata de como ocurre en otros sectores del conocimiento (física, medicina, ingeniería, derecho, etc.), de diferenciar las áreas de investigación dentro de un mismo sector por medio del mayor o menor hincapié hecho en determinados aspectos de los fenómenos estudiados, de modo que todas las áreas sigan a pesar de todo, conservando una comunicación que caracteriza al sector específico del conocimiento.

La distinción entre la psicología social y otros sectores de la psicología parece suficientemente clara, siempre que consideremos el hecho de que el aspecto que identifica a una determinada área de la psicología es el hincapié hecho en el estudio de ciertos fenómenos psicológicos.

Métodos de investigación de la psicología social Este tipo de investigación en psicología social, consiste en la obtención de medidas de dos o más variables y en el establecimiento (por medio del método estadístico apropiado) de la relación existente entre ellas. Así, cuando se desea descubrir una posible relación entre la cantidad de exposición a programas violentos en la televisión y la intensidad de comportamiento agresivo, podemos echar de ese modelo. Las ventajas de los estudios correlacionales son, principalmente los siguientes:

- Permiten el estudio de situaciones donde una intervención experimental sería inadecuada o imposible.
- Posibilitan la recopilación de grandes cantidades de información
- Utilizan métodos estadísticos de fácil aplicación
- Sus resultados pueden comunicarse sin dificultad y son de fácil entendimiento.

Conclusiones

Después de una investigación teórica y filosófica, se crea esta tesina donde se pretende tener otra perspectiva sobre la muerte y un mejor manejo sobre el duelo. Para mejorar el lado humano de las personas sobre todo a las de adultez temprana, considerando las áreas de psicología y tanatología. Cumpliendo con el objetivo principal de describir el proceso de la muerte como un concepto natural de la vida mediante una investigación teórica

Se habla sobre las actitudes que son adaptadas desde los primeros años de vida mediante experiencias o vivencias, es por ellos que la actitud es un elemento primordial para la asimilación de los hechos que acontecen la vida diaria. La actitud tiene los factores cognitivos, factor afectivo y conductual, las actitudes van relacionadas al pensamiento y las emociones las cuales se buscan modificar a positivo en la circunstancia de muerte.

Los cambios de actitud, pensamientos y emociones una vez que son adquiridos son difícil de modificar y más cuando ha sido por mucho tiempo. También se habla de una actitud positiva en donde la persona doliente guía sus pensamientos a una motivación. El pensamiento positivo es un estilo de vida que ayuda a ser más felices. Todos deberían saber la importancia que tiene el pensamiento, pues tal como se piensa, se siente y se comporta una persona con los demás. El optimismo es beneficioso en gran parte por que se asocia con una resolución activa de problemas.

Está claro que la actitud que toma un doliente es muy importante. El deterioro de las actitudes puede originar ausentismo, bajo rendimiento, etc. Un reto para los psicólogos es tratar con dolientes que esperan que se muestre más interés en sus

actitudes y sentimientos. Las actitudes son los sentimientos y las creencias que determinan en gran parte la forma en que los dolientes perciben su ambiente. Las actitudes son factores de predicción razonablemente satisfactorios del comportamiento.

La muerte es la última etapa de la vida a las cuales los seres humanos no están preparados para asimilar y para algunos la muerte significa algo diferente de acuerdo a sus creencias religiosas, por eso cuando un moribundo les dice como quiere vivir su último tiempo restante o como desea su funeral es difícil de aceptar cumplir esos deseos por que no fueron inculcados en la cultura de la vida.

Desde las culturas más antiguas el hecho de hablar de muerte ha significado un suceso desagradable y seguramente lo seguirá siendo para las personas por mucho tiempo por eso el fin de este manual es hacerles ver desde otra perspectiva que morir no es malo y que imaginar el final de nuestra vida o el de algún ser querido no tiene nada de malo. Los seres humanos son inmortales y así debe seguir continuando.

Sin importar el tipo de muerte que se tenga desde un punto de vista tanatológico se tiene que llevar a cabo un duelo sin importar el tiempo que este lleve este. También depende de los diversos factores que rodean a la familia el sufrimiento que experimentan puede ser devastador. La combinación de estos factores podría favorecer o dificultar el duelo. El duelo es proceso que no necesariamente se inicia después de la muerte también puede ser por una enfermedad terminal este sería un duelo anticipado.

Los seres humanos se ven obligados a aprovechar hasta el último suspiro de vida. La finalidad de la tanatología es humanizar el proceso de la muerte y proporcionar a la persona una muerte digna, así como ayudar a los dolientes a elaborar procesos de duelo. La muerte es un hecho biológico, social, cultural, religioso, etc., los cuales suelen

estar estrechamente relacionados. Las actitudes culturales y religiosas hacia la muerte y los moribundos influyen en la forma en que los individuos se enfrentan con su propia muerte.

La tanatología se encarga del estudio integral e interdisciplinario del proceso de la muerte y de la muerte misma. La tanatología es la encargada de estudiar la muerte y sus procesos. No se trata de ir en busca de la muerte si no que el enfermo y familiares la vean como un proceso natural de la vida, como la culminación de un ciclo.

Se le determinó tanatología a la ciencia de la muerte, la tanatología tiene como objetivo fomentar y desarrollar holísticamente las potencialidades del ser humano de forma positiva y optimista hacia la cultura de muerte. También de sus familiares y allegados íntimos y así mismo de los profesionales y personas que atienden al enfermo. Una de sus características importantes de la tanatología como rama de la medicina consiste en facilitar al enfermo terminal todos los cuidados necesarios.

Las terapias cognitivas se consideran importantes dentro del ámbito de la psicoterapia, en terapia se pretende modificar los comportamientos y pensamientos de manera sincrónica y sinérgica. La terapia cognitiva conductual se ayuda de mediciones y pone énfasis en la cuantificación, la identificación de indicadores y la medición de estos.

Para estas terapias de usar la teoría del A-B-C de la personalidad que se detraés de la terapia racional emotiva. De acuerdo con la teoría la terapia racional emotiva, las personas se trastornan psicológicamente por preocuparse de forma innecesaria, así

mismas. Las personas pueden soportar cualquier tipo de evento nocivo, aun cuando es posible que nunca les agrade.

Detrás de la terapia racional emotiva esta que los malestares emocionales, se distinguen de los sentimientos ya sea del arrepentimiento, enfado o frustración, estas son causas de creencias irracionales. Las personas al final tienden a terminar con una condena de reacciones perturbadoras que solo se relaciona en forma indirecta con el evento traumático original de la vida.

Las terapias exitosas de cualquier modelo generar un cambio en pensamientos, emociones y conductas sobre la muerte. La terapia cognitivo conductual y en especial la terapia racional emotiva incide sobre los aspectos fundamentales del mundo psicológico de las personas ya sea en su pensamiento, emociones y conductas al enfrentar una situación de muerte. Cualquier cambio exitoso bajo cualquier modelo terapéutico implicara una transformación de estos aspectos. El llamado ciclo vital del ser humano es la forma de evolución de la existencia desde la gestación hasta la muerte.

REFERENCIAS

- Álvarez, S. M., Escoffié, E.M., Rosado, M. Y Sosa, M. (2016). Terapia en contexto. Una aproximación al ejercicio psicoterapéutico. México: manual moderno.
- Arocena, L. (2005). Actitudes y comportamientos en las situaciones de conflicto, de <http://www.redalyc.org/pdf/292/29210108.pdf>
- Cabás, M. (2010). Actitud investigativa en estudiantes de pregrado: indicadores conductuales, cognitivos y afectivos, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90430360040>
- Castro, Ma. C., (2016). Tanatología pérdidas y duelos. México: Trillas
- Castro, Ma. C., (2007). Tanatología la familia ante la enfermedad y la muerte. México: Trillas.
- Castro, Ma. C., (2017). Guía para el duelo. México: Trillas
- Castro, Ma. C., (2013). Resiliencia tanatología: el arte de resurgir del fango. México: Trillas.

- Castro, Ma. C., (2007). Tanatología la inteligencia emocional y el proceso de duelo. México: Trillas.
- Feixas G. y Miro Ma. T. (1993) Aproximación a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Barcelona:
- García, P. (2016) emociones positivas, pensamiento positivo y satisfacción con la vida, de <http://www.redalyc.org/pdf/3498/349851777002.pdf>
- Gonzales J. de J. (1999) psicoterapia de grupos. Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas. México: El manual moderno
- Instituto Mexicano de Tanatología, A.C. (2011). ¿Cómo enfrentar la muerte? Tanatología. México: Trillas.
- Morales, J.F, Huici, Carmen., Moya, M., Gaviria, E. y López, M. (1999). Psicología social. España: UNED
- Myers, D.G., León, J.M., Barriga, S., Gómez, T., González, B., Medina, S. y Cantero, F.J., (2003). Psicología social. México:
- Nezu A., M., Nezu C., M. Y Lombardo E. (2006). Formulación de casos y diseño de tratamientos. Cognitivo- conductual. México: Manual Moderno.

- Papalia. (). Desarrollo Humano. México: MC Graw Hill
- Rodrigues, A., Assmar, E. Y Jablonski, B. (2002). Psicología social. México: Trillas.
- Rodrigues, A. (1992). Psicología social. México: Trillas.
- Sabatés, A. (2010). Aportaciones sobre la relación conceptual entre actitud y competencia, desde la teoría del cambio de actitudes, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293122000016>
- Sánchez, J. C. (2008). Psicología de los grupos. Teorías, procesos y aplicaciones. España: MC Graw Hill
- Sánchez, P.E. (2008). Psicología clínica. México: Manual moderno