



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN EL PROCESO
DE DUELO DE PACIENTES TERMINALES DESDE EL
PUNTO DE VISTA DE LA PSICOTERAPIA GESTALT**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :
SELENE DOMÍNGUEZ BOER

DIRECTORA: LIC. DAMARÍZ GARCÍA CARRANZA
REVISORA: LIC. MA. CONCEPCIÓN CONDE ÁLVAREZ



**FACULTAD
DE PSICOLOGÍA**

México, D.F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A MIS PADRES:

ABELARDO DOMÍNGUEZ GARCÍA
MARGARITA BOER DE DOMÍNGUEZ

Por darme la vida y enseñarme a vivirla. Gracias por su amor.

A MIS HERMANOS:

ESTHER PAOLA DOMÍNGUEZ BOER
JORGE ABELARDO DOMÍNGUEZ BOER

Por guiarme y apoyarme en todo momento.

A MARIO ALBERTO BÁEZ GARCÍA

Por amarme y sostenerme en mis momentos de flaqueza.

A DAMARIZ GARCÍA CARRANZA

Por su enseñanza, apoyo y orientación.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

A LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1. PSICOTERAPIA GESTALT	
1.1. ¿QUÉ ES LA PSICOTERAPIA GESTALT?	5
1.1.1. Propósito de la Psicoterapia Gestalt	5
1.2. FUNDAMENTOS DE LA PSICOTERAPIA GESTALT	6
1.2.1. Fundamentos Filosóficos	6
1.2.1.1. Existencialismo	6
1.2.1.2. Humanismo	9
1.2.1.3. Budismo Zen	10
1.2.2. Fundamentos Psicológicos	11
1.2.2.1. Psicoanálisis	11
1.2.2.2. Conductismo	20
1.2.2.3. Psicología de la forma	21
1.2.3. Fundamentos Metodológicos	25
1.2.3.1. Fenomenología	25
1.2.3.2. Holismo	25
1.2.4. Bautizo de la Psicoterapia Gestalt	27
1.3. CONCEPTOS BÁSICOS Y TÉCNICAS DE LA PSICOTERAPIA GESTALT	28
1.3.1. Conceptos básicos de la Psicoterapia Gestalt	28
1.3.1.1. Awareness o darse cuenta	28
1.3.1.2. Aquí y ahora	29
1.3.1.3. Figura fondo	29
1.3.1.4. Homeostasis	30
1.3.1.5. Cierre	31
1.3.1.6. Contacto	31
1.3.1.7. Frontera de contacto	32
1.3.1.8. Zonas de contacto o de relación	33
1.3.1.9. Neurosis	33

1.3.1.10. Capas de la neurosis	35
1.3.1.11. Resistencias	36
1.3.1.12. Ciclo de la experiencia	37
1.3.1.13. Polaridades	39
1.3.2. Técnicas de la Psicoterapia Gestalt	39
1.3.2.1. Técnicas supresivas	40
1.3.2.2. Técnicas expresivas	42
1.3.2.3. Técnicas integrativas	45
1.3.3. La Psicoterapia Gestalt y los sueños	46

CAPÍTULO 2. EL DUELO

2.1. QUÉ ES EL DUELO	47
2.1.1. Definición	47
2.1.2. Antecedentes históricos del duelo	48
2.1.2.1. Modelos psicoanalíticos	48
2.1.2.2. Modelos cognitivo conductuales	53
2.1.2.3. Modelos humanistas	56
2.1.2.4. Modelos existenciales	58
2.2. EL PROCESO DEL DUELO	60
2.2.1. Negación	61
2.2.2. Manifestaciones normales del duelo	63
2.2.3. Expresiones físicas	64
2.2.4. Expresiones emocionales	64
2.2.5. Expresiones cognoscitivas	66
2.2.6. Expresiones conductuales	67
2.2.7. Duelo patológico	69
2.3. ETIOLOGÍA DEL DUELO	72
2.3.1. Pérdidas necesarias	72
2.3.2. Pérdidas voluntarias	73
2.3.3. Pérdidas inesperadas	73
2.4. DIAGNÓSTICO DEL DUELO	73
2.5. MODELOS DE INTERVENCIÓN EN DUELO	75
2.5.1. Modelo educativo	75

2.5.2. Modelo filosófico	76
2.5.3. Modelos psicoterapéuticos	77

CAPITULO 3. EL PACIENTE TERMINAL Y SU FAMILIA

3.1. HISTORIA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL	82
3.2. CONCEPTO DE PACIENTE TERMINAL	85
3.3. CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD TERMINAL	87
3.4. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DEL PACIENTE TERMINAL	88
3.5. NECESIDADES DEL PACIENTE TERMINAL	91
3.5.1. Necesidades biológicas	91
3.5.2. Necesidades psicológicas	93
3.5.2.1. Pérdidas y miedos del paciente terminal	95
3.5.3. Necesidades espirituales	96
3.6. DERECHOS DEL PACIENTE TERMINAL	96
3.7. CONCEPTO DE MUERTE	97
3.7.1. Formas de morir	98
3.7.2. Muerte o fase final	101
3.8. LA FAMILIA DEL PACIENTE TERMINAL	102
3.8.1. Necesidades de la familia	102
3.8.2. Apoyo psicológico para el familiar del enfermo terminal	103
3.9. CUIDADOS PALIATIVOS DEL ENFERMO TERMINAL	106
3.9.1. Tratamiento médico	112
3.9.2. Tratamiento psicológico	113

CAPÍTULO 4. EL DUELO, EL ENFERMO TERMINAL, SU FAMILIA Y LA PSICOTERAPIA GESTALT

4.1. EL DUELO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PSICOTERAPIA GESTALT	117
4.1.1. Reconfiguración del campo en el proceso de duelo	118
4.1.2. Desarrollo afectivo y modos de relación	121
4.1.3. El duelo como ciclo de experiencia	122
4.1.4. El duelo como asunto inconcluso	125

4.2. PSICODIAGNÓSTICO GESTALT, PRIMER PASO PARA LA INTERVENCIÓN	128
4.3. ELABORACIÓN DEL DUELO, ÚNICO CAMINO PARA DECIR “ADIÓS”	130
4.3.1. Elaboración de la despedida desde el punto de vista de la Psicoterapia Gestalt	132
4.3.2. Trabajando con la despedida y el asunto inconcluso por medio de técnicas de la Psicoterapia Gestalt	134
4.4. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN EN EL PROCESO DE DUELO EN PACIENTES TERMINALES Y SUS FAMILIARES	136
4.4.1. Prevención y reducción de la tensión psíquica	136
4.4.2. Técnicas de intervención de la Psicoterapia Gestalt en el proceso de duelo de pacientes terminales y sus familiares	140
4.4.2.1. Lograr un “darse cuenta” en cada fase del ciclo de la experiencia	140
4.4.2.2. Incremento de la autoestima	143
4.4.2.3. Catarsis	144
4.4.2.4. Favorecer la expresión de la retroflexión	145
4.4.2.5. Favorecer el contacto con las tres zonas de relación	146
4.4.2.6. Sensibilización a la angustia	147
4.4.2.7. Técnicas específicas para solucionar la fijación	148
4.4.3. Aspectos que se deben recobrar en toda intervención en el proceso de duelo	150
PROPUESTA DEL TALLER DE DUELO	152
DISCUSIÓN	190
CONCLUSIONES	195
REFERENCIAS	199
ANEXOS	
A. Manifestaciones ante las pérdidas	209
B. Cuestionario Multifásico para reacción de Duelo de A. Godines y E. Solorio	210
C. Hoja de registro de respuestas	215
D. Clave para calificación	216
E. Tablas de porcentajes	217
F. Gráfica de perfil	218
G. Descripción, administración, calificación e interpretación del Cuestionario Multifásico para reacción de Duelo de A. Godines y E. Solorio	219

RESUMEN

La presente investigación expone una propuesta de intervención en el proceso de duelo de enfermos terminales desde el punto de vista de la Psicoterapia Gestalt. Comprende la explicación teórica de las principales temáticas de la psicoterapia Gestalt, el duelo y el enfermo terminal y su familia, para finalmente presentar una integración de tales temáticas y descripción de técnicas de intervención específicas para el trabajo de duelo desde la Psicoterapia Gestalt. Se plantea un taller de 11 sesiones compuestas de explicaciones teóricas sobre el proceso de duelo y ejercicios fundamentados en este enfoque. Las sesiones están secuenciadas de acuerdo a las fases planteadas por Kübler-Ross. Se sugiere la utilización del instrumento "Cuestionario Multifásico para Reacción de Duelo" de A. Godines y E. Solorio para evaluar los alcances del taller, inventario que mide diversas reacciones del proceso de duelo, clasificándolas de acuerdo a las etapas planteadas por Kübler-Ross (negación, ira, pacto, depresión y aceptación), y con el resultado se puede observar en qué etapa del proceso de duelo se encuentra la persona de acuerdo a los porcentajes obtenidos.

Esta investigación muestra que la Psicoterapia Gestalt puede utilizarse como una herramienta de intervención en el proceso de duelo de enfermos terminales y sus familiares ya que fomenta una sólida forma de vivir, e intenta incrementar el potencial humano mediante la introspección del individuo, por lo que el hombre se conoce a sí mismo, reconoce sus limitaciones y deja de satisfacer expectativas de los demás para centrarse en su propia vida, proponiéndose metas realistas y responsabilizándose de su propia existencia.

INTRODUCCIÓN

Es evidente que la muerte es una experiencia humana que con toda certeza cada uno de nosotros experimentará. Es una de las reglas básicas de la naturaleza y el miedo a la muerte es un fenómeno humano casi universal.

No fue hasta los últimos años que ha adquirido fuerza el interés en los aspectos psicológicos de la muerte y han surgido sobretodo dos tópicos interesantes de estudiar. El primero de estos se refiere al estado psicológico del paciente desahuciado y las emociones que experimenta, al igual que sus familiares cercanos y amigos; el otro tópico importante ha sido el miedo y las emociones hacia la muerte.

Para cada cultura la muerte es un hecho de gran importancia ya que el sentido de la vida muchas veces depende del sentido que se le da a la muerte. Lepp (1967) afirmó que dentro de la vida social primitiva los ritos funerarios ocupaban un lugar primordial. Los primitivos, a diferencia del miedo a la muerte que manifiestan las culturas occidentales de la actualidad, mostraban un gran miedo a los muertos, ya que a éstos no importa quienes fueran, les atribuían sentimientos hostiles y capacidades para perjudicar a los vivos. Así pues, procuraban conjurar la malevolencia del difunto mediante procedimientos mágicos, llantos y lamentaciones cuyo fin consistían en demostrar al difunto el dolor de su partida.¹

En nuestra cultura, la cultura occidental, los temas relacionados con la muerte tratan de evitarse, como si la muerte fuera una maldición que se va a cumplir por hablar de ella y así, según Ziegler (1976), el hombre de occidente no reconoce conscientemente su propia muerte, sino que la experimenta en los demás. El hombre no sólo ha rechazado la muerte sino también la ha rehusado y ha tratado de superarla, buscando constantemente controlar la naturaleza y detener el paso del tiempo por medio de la tecnología.²

De acuerdo con la que se considera la primera tanatóloga como tal, Kübler-Ross, algunas de las razones para no aceptar ni afrontar la muerte son que las formas de morir en occidente son horribles, ya que conforme pasa el tiempo se llevan a cabo en hospitales, el moribundo está conectado a máquinas y respiradores automáticos que le impiden tener contacto humano y son “muertes mecánicas y deshumanizadas”.³

¹ LEPP, I. Psicoanálisis de la muerte, p. 52.

² ZIEGLER. Los vivos y los muertos, p. 36.

³ KÜBLER-ROSS, E. La muerte un amanecer, p. 47.

Es importante resaltar que la muerte como hecho universal, ha sido estudiada desde diferentes puntos de vista, sin embargo todas coinciden en que la muerte es un hecho que se vive de manera individual, que sólo se puede experimentar una vez y que por mucho que se haya estudiado y explorado acerca de ella, causa miedo, desequilibrio y confusión para aquellos que viven un proceso de muerte (enfermedad terminal) o a quienes viven el proceso de muerte de un familiar cercano.

La vivencia de una enfermedad terminal, tanto para los familiares como para el paciente enfermo, es sumamente compleja y conflictiva. Para el enfermo es conflictiva pues pierde su propia identidad ante la enfermedad, con la consecuente pérdida de su imagen exteroceptiva y el deterioro de la familia, trae consigo una etapa de crisis la cual se pretende superar mediante la intervención psicológica.

En resumen, el conflicto al que se enfrenta una persona a la cual se le diagnostica alguna enfermedad de corte terminal, trae como consecuencia desequilibrio emocional, conductual y laboral, que conlleva a un estado crítico, en el que factores de índole educativo, socioeconómico y cultural, intervienen. Es ante esta problemática de muerte, donde la Psicoterapia Gestalt puede intervenir y quizás ayudar a las personas que padecen alguna enfermedad de corte terminal para disminuir el sufrimiento y darle sentido en su vida a las pérdidas que está experimentando.

Con la intervención psicológica no se puede eliminar el sufrimiento, pues las pérdidas que está vivenciando son muy grandes, sin embargo, pretende apoyarlo para elaborar un duelo "sano", para poderse despedir y desprender de sus objetos amados y para que pueda elaborar pérdidas aún no superadas.

Es por esto que en la presente investigación se pretenden describir algunos principios y técnicas de la Psicoterapia Gestalt que se pueden seguir cuando el psicólogo clínico se enfrenta con un caso de duelo por la vivencia de una enfermedad terminal, también cuales son las manifestaciones del proceso de duelo y las reacciones y manifestaciones con las cuales es probable que se encuentre, en un caso como éste, y algunos objetivos que puede tomar como propios para facilitar, en la medida de lo posible, el crecimiento personal de su paciente. Además de esto se propone un taller que intenta reunir tales temáticas para conseguir favorecer la resolución del proceso de duelo en las personas con el diagnóstico de alguna enfermedad de corte terminal.

El objetivo de esta investigación es proponer una forma de intervención en el proceso de duelo de enfermos terminales desde el punto de vista de la Psicoterapia Gestalt con la cual,

quizá se brinde un apoyo para los psicólogos clínicos que buscan ofrecer a sus pacientes una alternativa positiva ante la problemática que aparece como consecuencia del padecimiento de alguna enfermedad de corte terminal. Se pretende dar una respuesta humanista, como lo es la Psicoterapia Gestalt, ante el sufrimiento agudo que se vive, para favorecer la sana elaboración del proceso de duelo y el crecimiento personal.

CAPÍTULO 1. PSICOTERAPIA GESTALT

1.1. ¿QUÉ ES LA PSICOTERAPIA GESTALT?

La psicoterapia Gestalt no es sólo una teoría o un método terapéutico, sino una forma de vida, una filosofía, un arte de vivir. La psicoterapia Gestalt puede entenderse como “una aproximación fenomenológica clínica, es decir centrada en la descripción subjetiva del sentimiento del cliente (su awareness) en cada caso particular y en la toma de conciencia intersubjetiva de lo que está pasando entre él y el terapeuta”¹.

Otra explicación de la psicoterapia Gestalt es aquella que la define como una relación producida entre un sujeto y un objeto, el cual puede ser otra persona, un sentimiento o cualquier otra cosa. Dicha relación está basada en una necesidad personal que busca su realización y una vez lograda su satisfacción, desaparece la relación. Por eso son fundamentales los conceptos de necesidades corporales y de situaciones inconclusas. Al quedar satisfecha la necesidad del individuo, al dar y tomar del medio ambiente, la gestalt se completa y la situación se termina, como termina el hambre al ingerir alimento.

La conciencia de una necesidad, al ser satisfecha tal necesidad, disminuye y después desaparece, pudiendo surgir nuevas necesidades. Entonces el organismo queda dispuesto a la aparición de otra situación inconclusa y a recibir la energía procedente de esa nueva demanda.

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

1.1.1. PROPÓSITO DE LA PSICOTERAPIA GESTALT

Muchas necesidades del individuo se contraponen con las necesidades de la sociedad. La competitividad, la necesidad de control, la exigencia de la perfección y la inmadurez son características de nuestra sociedad actual. De este trasfondo, emerge la causa de nuestra conducta social neurótica. Es por esto que el individuo es incapaz de resolver sus propios conflictos internos y lograr una integración personal. El verdadero problema del individuo es el integrarse por dentro y, con todo lo que esto implica, ser aceptado por la sociedad.

¹ YONTEF, G., Proceso y diálogo en Gestalt, p.47

La terapia Gestalt se centra en el “aquí y ahora”, logrando que el paciente se centre en su esencia y que empiece a entender su cultura neurótica, para que recupere las partes perdidas de su personalidad y logre así, apoyarse en sí mismo y no depender del apoyo y la autorización de la sociedad.

Como afirma Baumgardner (1975): “El propósito de la psicoterapia es restaurar las partes perdidas de la personalidad y por medio de ella pueden recuperarse nuestra experiencia y nuestro funcionamiento rechazados. Estos procesos de recuperar, reintegrar y experimentar de nuevo, pertenecen pues a la psicoterapia. El terapeuta se dedica con el cliente al proceso de recuperar sensaciones y conductas que el cliente ha desechado y que ahora considera que no le pertenecen, hasta que empieza y continúa por su propia cuenta a afirmarse y a obrar como lo haría la persona que realmente es”².

El punto fundamental del que parte la psicoterapia Gestalt para conseguir su propósito, es que sólo un fenómeno puede ocupar el primer plano de la conciencia cada vez. Así, sólo se tiene que descubrir el proceso que ocurre en el momento, lo que la persona ha colocado en primer plano y trabajar con ello. No se pueden trabajar varias gestalts abiertas al mismo tiempo, el paciente escoge una, la que considera más importante y hasta que hay un cierre se puede trabajar otra, la que en ese momento se considere más importante.

Esto lo dice Fritz de esta manera: “No hay una jerarquía de instintos; la jerarquía está en que la gestalt más urgente es la que surge primero y con más fuerza. Una vez completada o cerrada esta gestalt, retrocederá al fondo, vaciando así el primer plano dándole lugar a la gestalt siguiente que quisiera emerger o a otra emergencia. Luego que una gestalt es satisfecha, el organismo puede ocuparse de la frustración más apremiante que sigue. Lo primero es lo primero, siempre”³.

1.2. FUNDAMENTOS DE LA PSICOTERAPIA GESTALT

1.2.1. FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS

1.2.1.1. EXISTENCIALISMO

Algunos autores (Petit, 1987 y Tarangano, 1974, entre otros) consideran a la terapia Gestalt como la terapia del existencialismo, y algunos otros (como Fromm, citado en Caparrós,

² BAUMGARDNER, P., Terapia gestalt: Una interpretación, p.20.

³ PERLS, F., Dentro y fuera del tarro de la basura, p.85.

1990 y Thompson, 1969, entre otros) usan como sinónimo de la terapia Gestalt el psicoanálisis existencialista.

La psicoterapia Gestalt toma del existencialismo diversos postulados, por ejemplo, el existencialismo afirma que el raciocinio y la lógica por sí mismos no llegarán al conocimiento completo del ser, esto es, que el ser humano es más que lógica y funcionalidad para el existencialismo, al comparar esta concepción con la teoría propuesta por Perls se encuentra con la descripción que éste hizo de aquellas personas que sólo se basan en el raciocinio y en la búsqueda lógica de las cosas, sobre estas personas Perls dice que se masturban neuronalmente, ya que su actividad no tiene más fin que realizar una actividad repetitiva sin llegar a concretar nada, pues la simple racionalización de las cosas, sin intentar algo más que ello, no nos lleva a nada.

Otro concepto en común entre el existencialismo y la terapia Gestalt es el objeto, para el existencialismo existen dos categorías del ser: el ser y el no ser, para el ser sólo existe el ser-en-sí, mientras que el no ser se clasifica en ser-para-sí y ser-para-otro. Estas mismas clasificaciones son usadas en la terapia Gestalt, una persona es lo que ella es, cuando esta persona vive con alguna problemática que impide que se relacione o se autorrealice, se debe a que evita ser ella misma, ya sea siendo de otra manera para sí o para los otros, en pocas palabras, la clasificación del ser que en el existencialismo se maneja, es también aplicable en la terapia Gestalt.

Un punto más del existencialismo es la base de la conciencia en el ser, el ser es conciencia de ser, por lo que la inconciencia no es ser, así el ser es responsable de sus actos hasta en lo que, a simple vista, pudiera parecer inconsciente, así Perls escribe: “Yo soy yo y tú eres tú, yo soy responsable de mis actos y tú eres responsable de tus actos”⁴. Y esto denota no-aceptación del término inconciencia dentro de la terapia Gestalt. La sola idea de comportamientos dirigidos por “energías” incontrolables del hombre, retira la responsabilidad que ésta pudiera tener sobre ellas, al no aceptar la concepción de inconsciente no solo se retira un término psicológico, sino que además se le atribuye responsabilidad y manejo a todas las actividades que el ser humano realiza.

Otro concepto del existencialismo (sobre todo en el de Sartre), es la temporalidad en la existencia del ser, Sartre menciona que la existencia del ser no se encuentra en el pasado, ni en el futuro, sino en el presente inmediato, es decir, en el aquí y en el ahora. La terapia Gestalt, aunque en algunos de sus ejercicios rememora hechos pasados o expectativas en el futuro,

⁴ SALAMA, H., Gestalt de persona a persona, p.15.

trabaja en procesos de tiempo existencial, es decir, son los recuerdos o expectativas que en el aquí y el ahora se mantienen y que en el aquí y el ahora existen.

En resumen, del existencialismo, la Psicoterapia Gestalt, retiene entre otras cosas:

- * “La primacía de lo vivido concretamente en relación con los principios abstractos. En efecto, puede ser considerado como existencial todo lo que se relaciona a la manera en la cual el hombre experimenta su existencia, la asume, la orienta y la dirige. La comprensión de sí para vivir, para existir, sin hacerse preguntas de filosofía teórica, es existencial, es espontánea, vivida, no sapiente, es decir, se reflexiona, pero solamente para actuar.”⁵

¿Cómo vive un ser humano? Viviendo. ¿Cómo existe un ser humano? Existiendo. ¿Cómo se es un ser humano? Siendo. En algunas terapias se busca la modificación del ser, comprendiendo su funcionamiento, ya sea de las causas o de la manutención comportamental actual, pensando que con el sólo saber el porqué se mantiene la conducta se podrá lograr el cambio. Esto no ocurre en las terapias humanistas, ya que la modificación de la conducta o la resolución a un padecimiento se encuentra en el paciente mismo, y no en lo que el terapeuta pueda decir.

- * “La singularidad de cada existencia humana, la originalidad irreductible de la experiencia individual, objetiva y subjetiva.”⁶

Algo que ha mostrado el existencialismo es la importancia de la individualidad del ser, no existe en esta realidad un ser idéntico a otro, puesto que la manifestación del mismo está regida por el ser-en-sí y el ambiente que lo rodea. En lo que respecta a la atención terapéutica es menester comprender que aunque existen padecimientos que probablemente tienen las mismas etiologías o que el paciente pasa por una época de padecimientos por la que regularmente muchos otros pasan, la vivencia de este padecimiento no es la misma para cada uno de ellos, cada cual responde o actúa a la pena o al dolor de distinta manera, de ahí la importancia de no manejarse clínicamente con supuestos preconcebidos, ya que éstos, aunque nos ayudarán a orientarnos con respecto a su padecimiento, por sí solos no muestran la solución al problema.

- * “La noción de responsabilidad propia de cada persona, la cual participa activamente en la construcción de su proyecto existencial y confiere un sentido original a lo que le pasa y al mundo que lo rodea, creando incansablemente cada día su libertad relativa.”⁷

El paciente y el terapeuta en la terapia Gestalt, crean un lazo de compromiso donde recae la responsabilidad propia a cada uno de ellos, es decir, entendiendo que los comportamientos

⁵ GINGER, S., et. al., “La Gestalt: Una terapia de contacto”, p.38.

⁶ Idem.

⁷ Idem.

son manifestaciones del ser y que el ser es conciencia de ser, se entiende que cada ser es conciente de su comportamiento. Así pues, no está en el terapeuta el cambio de conducta, sino en el propio paciente, el terapeuta toma la función de facilitador, ayudando al paciente a que se dé cuenta de sus propios sentimientos, de sus propias potencialidades como ser humano, y a que realice un proyecto personal que lo libere de sus padecimientos, tal y como quiera el paciente.

1.2.1.2. HUMANISMO

Después de la segunda guerra mundial se gestó un movimiento social que rechazó cualquier indicio que tuviera que ver con los acontecimientos violentos suscitados, como resultado se constituyeron organizaciones de artistas, intelectuales, científicos y ciudadanos. A este movimiento se le denominó humanismo.

La psicología no fue la excepción, también se formó una psicología humanista que utilizó elementos como son: la filosofía existencial, el método fenomenológico, algunos de los conceptos de la psicología Gestalt, entre otros. Esta psicología nació, de manera informal, en la década de 1950, alrededor de Abraham Maslow, Rollo May, Carl Rogers, Charlotte Bühler, Allport, Anthony Sutich y algunos otros, la mayor parte fuertemente influidos por la corriente existencialista europea. Algunos de los psicólogos que se inscribieron más tarde a esta posición son: Tillich, Van Dusen, Victor Frankl y Perls (Ginger y Ginger, 1993).

Se trataba de “volver a poner al hombre en el centro de la psicología, convertida cada vez más en científica, fría y deshumanizada”⁸. El objeto era crear una “tercera fuerza”, ante el psicoanálisis ortodoxo y el conductismo, los cuales eran acusados de tratar al hombre como un producto de su bioquímica celular y de su medio familiar y social, y de haberlo reducido a un objeto de estudio, en lugar de conferirle el estatus de sujeto, responsable de sus elecciones y de su crecimiento (Ginger y Ginger, 1993).

Con el advenimiento del existencialismo y de la fenomenología, se dio una gran libertad para acercarse al objeto de estudio no con una idea preconcebida del objeto en sí, sino con una mayor posibilidad de observarlo fenomenológicamente, es decir, verlo en su totalidad, en su completad con su potencialidad y finalmente de persona a persona (en lo que a la psicología se refiere).

⁸ Ibidem, p.105.

La corriente humanista propone una ciencia del hombre que toma en cuenta la conciencia, la ética, la individualidad y los valores espirituales. La personalidad normal se caracteriza por la unidad, la integración, la coherencia, mientras que la patología se define por lo contrario: proviniendo de la distorsión o de la negación de la naturaleza esencial del hombre. Esta concepción del hombre en busca de su autorrealización subyace al pensamiento gestáltico.

La psicoterapia Gestalt pertenece entonces a la corriente humanista básicamente porque rechaza, por un lado, modificar conductas negativas mediante el condicionamiento, y por otro, tratar a las psicopatologías por medio de psicoterapias psicoanalíticamente orientadas. El enfoque gestáltico es parte de la revolución humanista, ya que considera a la psicoterapia como un medio para hacer crecer el potencial humano; enfatiza la observación de la conducta en el aquí y en el ahora, se centra sobre la importancia del proceso del darse cuenta o toma de conciencia del momento inmediato y en el estudio de la fenomenología humana (Salama y Villarreal, 1992).

1.2.1.3. BUDISMO ZEN

De este pensamiento la psicoterapia Gestalt ha recogido la importancia de reducir el uso del pensamiento, el cual se considera un obstáculo, como propuesta resalta la utilización de los sentidos para vivenciar en el aquí y en el ahora, para lograr el autoconocimiento y el conocimiento externo. Además de lograr la integración del ser humano, en este caso, la psicoterapia Gestalt alude a las distintas partes que están presentes en la persona; algunos ejemplos de esto son: una parte alegre y otra triste; una bondadosa y otra cruel, etc. Por lo que, en la aparición de conflictos personales en los que hay una división de personalidades, en el nivel terapéutico se lleva a cabo la integración de estas personalidades antagónicas (Salama y Villarreal, 1992).

Al señalar los distintos aspectos que retomó del Budismo Zen, es necesario resaltar el concepto del aquí y ahora. Justamente las experiencias o formas de trabajo que el paciente vivencia, están orientadas en el tiempo en el aquí y ahora, contactándose con todos sus sentidos; ya que una de las afectaciones que son muy comunes es que la gente se encuentre en el pasado o futuro, indicando que los pacientes utilizan una variedad de formas (resistencias) que impiden tener contacto con el aquí y ahora. En esta conducción del paciente hacia las experiencias inmediatas, se enfatiza que esto debe efectuarse a través de sus sentidos de donde aflorarán las sensaciones y sentimientos, buscando evitar el uso del aspecto intelectual, que se considera como una barrera que impide un contacto auténtico del paciente.

Al igual que en el Budismo, la terapia Gestalt parte de la concepción del ser humano como una completad íntegra, sin falta y con todo lo necesario para vivir su propia vida, el ser humano por autointerrupciones se observa falto, incompleto y por lo mismo desgraciado, y solo el darse cuenta puede llevar a la tranquilidad o cierre tanto del ser como de la experiencia vivida.

1.2.2. FUNDAMENTOS PSICOLÓGICOS

1.2.2.1. PSICOANÁLISIS

SIGMUND FREUD (1856-1939)

Al hablar de la influencia del psicoanálisis en la Gestalt inevitablemente se tiene que relacionar con la vida del fundador de la terapia, es decir, con Fritz Perls. Perls recibió su entrenamiento bajo la supervisión de Helene Deutsch y Edward Hirschmann en Viena en el año de 1926, y en sus inicios se dedicó a dar servicio como psicoanalista y llegó a formar un instituto psicoanalítico, pero a la larga, estuvo en desacuerdo con algunos puntos de la teoría, también se hizo analizar por cuatro analistas famosos y reconocidos en su época (Karen Horney, Clara Happel, Eugen Harnick y Wilhelm Reich), los cuales influyeron en él para que finalmente abandonara la corriente psicoanalítica y se anexara a la corriente humanista con su aportación: la Gestalt.

Pero esta ideación no fue completamente nueva, Fritz no inventó una terapéutica de la nada, sino que anexó las ideas necesarias a un concepto existente.

El trabajo de Perls está marcado por frecuentes incursiones al Psicoanálisis ortodoxo. Establece una relación ambivalente con Freud de amor/odio, la cual él mismo la describe en su autobiografía de la siguiente forma:

“Muchos amigos me critican por mi relación polémica con Freud. “Tú tienes mucho que decir; tú posición está firmemente asentada en la realidad. ¿Qué es esa continua agresividad contra Freud?; Déjalo en paz y haz lo tuyo”. “Yo no puedo hacer eso. Freud, sus teorías, su influencia, son demasiado importantes para mí. Mi admiración, perplejidad y venganza son demasiado fuertes. Estoy profundamente conmovido por sus sufrimientos y por su valentía. Estoy profundamente admirado por lo que alcanzó, prácticamente solo, con los inadecuados

instrumentos de la Psicología Asociacionista y la Filosofía Mecanicista. Estoy profundamente agradecido por lo mucho que he desarrollado apoyándome en contra de él”⁹.

En su libro “Ego, Hambre y Agresión”, se encuentra el puente entre el Psicoanálisis ortodoxo y la visión gestaltista. Aunque hubo muchos cambios en trabajos posteriores, muchas de las actitudes básicas de Perls pueden ser encontradas en este trabajo.

En él Perls afirma que Freud sobresexualizó la vida (Perls, 1975) y empieza señalando cómo la autoconservación (hambre) tiene preeminencia sobre la conservación de la especie (sexo), y cómo nuestro desarrollo de actitudes hacia la comida sientan un precedente en la manera en que nos relacionamos con el mundo (Perls, 1975) que es más importante que nuestro desarrollo posterior de motivaciones sexuales.

En esta misma obra Perls pone en duda el predominio de la pulsión sexual señalando la importancia de la oralidad en el humano. Perls plantea que la noción de la oralidad preside el crecimiento del ser durante toda su vida y no se limita tan sólo a un periodo o una determinada fase de la infancia. En esta noción tomó en cuenta la desestructuración, la experiencia separada en fragmentos con una finalidad integradora; del mismo modo que el alimento debe ser previamente triturado para poder, luego, asimilarse. Así, en tanto “Freud ve la oralidad tan sólo como una fase, Perls la considera englobando la personalidad del individuo a lo largo de toda su vida, entendiendo al hambre como deseo de asimilación y crecimiento”¹⁰.

Perls también critica al inconsciente de Freud; “según Perls el inconsciente freudiano se compone de los sentimientos conscientes que se reprimen, de las impresiones que jamás llegan a la conciencia, y de las sensaciones fisiológicas no susceptibles de ser conscientes como los procesos vegetativos o de crecimiento”¹¹. Entonces Perls prefiere hablar de lo “no consciente en este momento” y estudiar el proceso actual de represión más que el contenido material de lo reprimido. La Gestalt se interesa más en lo que el cliente sabe o siente de él mismo que en lo que ignora.

Sin embargo, Perls no negaba el inconsciente, simplemente proponía abordarlo por otras vías, como escuchando al cuerpo, a las sensaciones y emociones; y no a través de las asociaciones verbales. Ya que Perls afirma que la observación atenta de los fenómenos de superficie actuales pueden enseñar tanto como las lentas “búsquedas arqueológicas” que

⁹ PERLS, F., Dentro y fuera del tarro de la basura, p.45.

¹⁰ SALAMA, H., et. al., El enfoque gestalt:: Una psicoterapia humanista, p.7.

¹¹ GINGER, S., et .al., op. cit., p.67.

tienden a exhumar los “pseudorecuerdos de la infancia”, que de cualquier forma se encuentran muy distorsionados por las reelaboraciones posteriores. (Ginger y Ginger, 1993).

Otra discrepancia entre ambas teorías aparece en el tema de las neurosis, para Perls la neurosis es consecuencia de la suma de las “Gestalts inacabadas”, es decir, las necesidades interrumpidas y no satisfechas, y para Freud es el resultado de los deseos prohibidos por la sociedad o reprimidos por la censura del superyo o del yo.

Perls señala la importancia del momento presente, con lo que critica duramente a Freud por su excesiva preocupación por el pasado y a Adler por sobreestimar el futuro (Perls, 1975). Sin embargo, al hablar de la importancia del presente, en ningún momento niega que todo tenga un origen en el pasado, lo que aclara es que el pasado y el futuro toman referencia continua en el presente, y que sin tal referencia, pasado y futuro, pierden su sentido.

Se podría decir que la Gestalt propone una inversión del proceso de la cura: en Psicoanálisis, la toma de conciencia se supone lleva a una modificación de lo vivido, mientras que en Gestalt, las modificaciones de lo vivido (a través de la experiencia) permiten un cambio de comportamiento, acompañado de una eventual toma de conciencia. Para “los psicoanalistas, la desaparición del síntoma es “un lujo”, para los gestaltistas, es la toma de conciencia la que en ocasiones es considerada como tal”¹².

Perls critica a Freud por haber aplicado a la Psiquiatría la ley de causa y efecto y en su lugar propone limitarse a una mera descripción de los acontecimientos. Propone preguntar ¿cómo? en lugar de ¿por qué?, esto en base a los descubrimientos científicos de ese tiempo (Teoría de los Cuanta de Planck y el principio de Incertidumbre de Heisenberg y Nordinger), los cuales arrojaron dudas acerca del valor universal de la ley de causa y efecto y además pusieron de manifiesto que la búsqueda indiscriminada, casi obsesiva, de causas llega a ser un obstáculo, más que una ayuda en la ciencia lo mismo que en la vida real (Perls, 1975).

Perls afirma que “Freud equivoca el camino al señalar que el amor, el agrado, el orgullo y el placer son expresiones del instinto sexual, dado que a través de la observación se descubre que el instinto de hambre y las funciones del ego juegan un papel mucho mayor de lo que el psicoanálisis clásico imagina. Freud asignó a las funciones del ego un segundo papel, poniendo en primer plano al inconsciente; de igual manera el instinto de hambre siempre lo mezcla con algún aspecto libidinal”¹³.

¹² Ibidem, p.69.

¹³ PERLS, F., Yo hambre y agresión, p.104.

Por otra parte su técnica tiende originalmente a centrarse en el síntoma patológico, pero al descender a los detalles del síntoma, mediante las asociaciones, sube a la superficie el material que el paciente tiene dificultad de revelar. Esta concentración en la esfera patológica se distorsionó al pensar en asociaciones libres dando como resultado una competencia entre el ingenio del analista y el paciente. De esta forma “la técnica psicoanalítica llegó a convertirse en una descentración del síntoma dejando al azar y a la presión del inconsciente lo que de él subiera a la superficie sería tratado”¹⁴. Señala también que paralelo a éste evitar enfrentarse al síntoma está el evitar enfrentarse al analista; dado que el paciente debe yacer en una posición en que no pueda ver al analista.

Es así como en el Psicoanálisis tradicional el síntoma es frecuentemente relegado a un segundo plano, considerado de alguna manera, como una simple señal en la ruta del descubrimiento de sí mismo. Se busca la toma de conciencia progresiva de lo reprimido por un abordaje global de la personalidad profunda, a través del análisis de la transferencia y de las resistencias, y gracias a la interpretación. La cura se considera como un agregado, una especie de beneficio secundario, y Freud recomendaba desconfiar del “furor de curarse”.

En oposición a esto, en Gestalt, el síntoma es considerado como un llamado específico de la persona, por lo que se escucha con atención y respeto; y se le ayuda a adquirir su máxima expresión intensificándolo. El síntoma, principalmente físico, será con frecuencia la “puerta de entrada” que permite un contacto más profundo con el paciente (Ginger y Ginger, 1993).

Otro aspecto relevante en el psicoanálisis es el de los mecanismos de defensa, éstos se entienden como barreras que el yo crea para rechazar ciertos impulsos o solucionar conflictos originados por la oposición de las exigencias de cada una de las instancias psíquicas. Estos mecanismos de defensa son muchos y diversos y se pueden dar ante peligros intrapsíquicos o extrapsíquicos.

En Gestalt este punto se tomó, pero se adecuó al ciclo de la experiencia, es decir, así como en el psicoanálisis las resistencias impiden al paciente llevar lo inconsciente a la conciencia, en Gestalt, las resistencias impiden llevar a cabo completamente el círculo de la experiencia, así el mecanismo llamado proyección es muy parecido en ambas teorías, ya que consiste en la asignación de conceptos o creencias propias en los demás. La diferencia entre los mecanismos de ambas teorías estriba en que para el psicoanálisis impiden llevar lo inconsciente a la conciencia, y para la Gestalt buscan restringir e impedir el cierre de una gestalt. En la Gestalt

¹⁴ Ibidem, p.16.

se considera la existencia de mecanismos neuróticos conocidos como: proyección, introyección, retroflexión, deflexión, confluencia (Salama y Villarreal, 1992).

En cuanto a la noción freudiana de compulsión a la repetición, “Perls la liga a las necesidades insatisfechas o a las “Gestalts inacabadas”. Perls señala que la repetición no esta necesariamente alimentada por el instinto de muerte, sino que se encuentra en la base de cualquier aprendizaje y permite la liberación de una energía vital”¹⁵.

El concepto freudiano de la ambivalencia encuentra su corolario, en Gestalt, en el trabajo de integración de las polaridades opuestas como: amor/odio, violencia/ternura, autonomía/dependencia, masculinidad/feminidad, perro de arriba/perro de abajo, etc. (Ginger y Ginger, 1993). De aquí parte otro concepto similar, Freud esquematiza al ser humano en tres estructuras psíquicas, yo, ello y super yo; la ideación de super yo ayudó a Perls a formular una autointerrupción en la toma de conciencia llamada “perro de arriba” y aseguró que Freud olvidó mencionar su contraparte, el perro de abajo (Stevens, 1993); “el perro de arriba es descrito como el super yo, aunque no en su etiología (desde el complejo de Edipo), si en su influencia en la psique, es decir, el perro de arriba es virtuoso, amenazante, castigador, autoritario y primitivo. Continuamente dirige afirmaciones tales como “tú deberías, “tú debes”, y “¿por qué tú no...?”¹⁶.

El análisis de los sueños es una de las aportaciones más importantes que hizo el psicoanálisis, ya que “los emplea como una comunicación con el mundo subjetivo del paciente, pues a través de su revisión se accede al mundo “interior” personal del paciente y permite descubrir sus alegrías, penurias y padecimientos. Este análisis es otro de los temas que tienen en común ambos enfoques, solamente que se utiliza de forma diferente; en el psicoanálisis, sirve de base para las asociaciones verbales y eventualmente da lugar a una interpretación. En Gestalt, la identificación sucesiva de los diversos elementos del sueño lleva también a asociaciones, acompañadas con frecuencia de reacciones emocionales, eventualmente amplificadas por una puesta en acción de tipo psicodramático”¹⁷.

Un punto más es el del insight, en psicoanálisis se entiende como un paso en el proceso terapéutico y se define como la percepción significativa del paciente de aquellos denominadores comunes de su conducta. Se distinguen dos partes en este proceso: un insight intelectual, donde el paciente puede percibir una interrelación de sus distintas pautas; existe aquí un proceso de reestructuración por el cual los fenómenos anémicos aislados tienden a englobarse en un todo; y un insight emocional donde el paciente reproduce el afecto que corresponde al insight intelectual.

¹⁵ GINGER, S., et.al., op. cit., p.72.

¹⁶ STEVENS, J., El darse cuenta: sentir, imaginar, vivenciar, p.17.

¹⁷ GINGER, S., et. al., op.cit., p.73.

Este insight es primordial para que la terapia alcance resultados amplios pues la reestructuración emocional es una parte esencial del proceso terapéutico.

En Gestalt existe un concepto, awareness (darse cuenta o tomar conciencia) que constituye el núcleo teórico y terapéutico de esta terapia. Alude a cierto tipo de experiencia inmediata, es la capacidad de darse cuenta, un continuum de conciencia, es un proceso gradual. El awareness forma parte de la relación individuo-ambiente, incluye pensamiento y sentimiento pero se basa siempre en la percepción actual de la situación actual.

Insight, en terapia Gestalt," tendría un carácter más puntual, sería como un "contacto" entre consciente e inconsciente, como "una iluminación", de carácter repentino, un darse cuenta de algo concreto. En tanto awareness es un proceso gradual, un darse cuenta poco a poco, insight es un proceso puntual de sí o no. El awareness se va llevando de sucesivos insights"¹⁸.

SANDOR FERENCZI (1873-1933)

Algunas de las ideas y prácticas de Ferenczi tomadas o desarrolladas por la Gestalt son las siguientes:

Ferenczi está muy atento al cuerpo, él observa los más mínimos movimientos, las modificaciones corporales, los cambios de voz que acompañan a las asociaciones e interpretaciones verbales. Y es sin duda el primero en hablar del inconsciente biológico y funda lo que él llama el "bioanálisis". Propone, durante la cura, ejercicios físicos, entre los cuales se encuentra "el anclaje". Practica la neocatarsis y sus clientes llegan a niveles cercanos al trance.

También señala permanentemente que el psicoanalista debe trabajar con los componentes propios de su personalidad, con sutileza y elasticidad técnica. Este principio continúa siendo aceptado por todos los terapeutas de Gestalt que buscan deliberadamente cada uno su estilo personal específico.

Ferenczi se especializó progresivamente en los casos difíciles, casos límites o borderline, por lo que necesitó adaptar la técnica ortodoxa de tratamiento. Así entonces, a partir de 1927 renuncia a la posición tradicional, en el diván, sistemáticamente frustrante, para aparecer, al contrario, con una imagen gratificante deliberadamente positiva, muy maternal y manifiesta a sus clientes signos de afecto verbales y físicos, pudiendo ir hasta el intercambio de besos con ternura, proponiéndoles así experiencias narcisistas reparadoras compensando una carencia precoz de ternura.

¹⁸ SALAMA, H., et. al., op. cit., p.9.

Durante el transcurso de su análisis didáctico con Landauer y Hitschmann, Fritz y Laura Perls habían sido iniciados en estas técnicas activas de cuidados maternos y de recreación de los vínculos paternos, principalmente para los clientes gravemente perturbados.

Fue también Ferenczi el que “más insistió en instaurar la obligación del análisis personal, llamado didáctico, para cualquier futuro analista. Y también estableció la exigencia de un control o de una supervisión para los practicantes que comienzan”¹⁹.

CARL GUSTAV JUNG (1875-1961)

Jung proponía una actitud activa del terapeuta, a la vez “espejo” y pareja que se autoriza a salir de su reserva y a dialogar con su cliente, haciéndolo parte de su propio sentimiento. El paciente no es para él un ser subordinado que se le escucha sobre un diván mientras se está detrás de él como un dios, que de vez en cuando, deja caer una palabra; para él el paciente es un hombre al cual se puede ayudar y amar, también fuera del tratamiento.

El enfoque clínico y humanista llevan a Jung a la metapsicología teórica, por lo que él plantea que la terapia debe reunir el desarrollo personal y la búsqueda de la sabiduría. Ella es posible a cualquier edad; la psicoterapia no trata con individuos neuróticos sino con seres humanos.

En lo que respecta a la neurosis, su posición está cerca de la de Perls, y nos dice que “una neurosis es el signo de una acumulación de la energía en el inconsciente hasta el punto de convertirse en una carga susceptible de explotar”²⁰. Para él, la neurosis está ligada a la negación del reconocimiento de mi autonomía y la riqueza creativa del inconsciente individual y colectivo. La cura se dará entonces por una reunificación de la persona o individuación. Aquí, como en Gestalt, el inconsciente es considerado como una fuente de potencialidades futuras y no como depósito de material pasado reprimido.

Jung está cerca de las filosofías orientales, estudió ampliamente el budismo zen, el taoísmo, el tantrismo, el libro tibetano de los muertos, etc. Por lo que en él se encuentran rasgos de estas filosofías, tales como:

- “El acento puesto sobre la experiencia vivida.

¹⁹ Ibidem, p.80-81.

²⁰ Ibidem, p.81.

- La apertura a los signos externos como reflejos o correspondencias a una cierta distribución de elementos internos.
- Referencia constante a la complementariedad de los contrarios, atributo esencial del “sí”
- Pensamientos simbólicos en imágenes más que en conceptos.”²¹

Jung, como Perls, se interesa más por el proceso psíquico que se está desarrollando, que por las estructuras profundas identificables. También le otorga un lugar central a la proyección, y menciona que la transferencia puede ser una manifestación de la misma.

DONALD W. WINNICOTT (1896-1971)

Winnicott es uno de los psicoanalistas contemporáneos cuyas tesis son las más cercanas a las de la Gestalt, esto se debe a que en su obra aparecen los siguientes aspectos:

- “Winnicott está influído por la fenomenología.
- Basa toda su clínica sobre las relaciones entre el niño pequeño y su medio.
- Le da tanta o más importancia, a las necesidades que a las pulsiones.
- Otorga un cierto lugar al cuerpo real, y no lo considera necesariamente como un “pasaje al acto”.
- Utiliza la interpretación con prudencia.
- Da prioridad al juego y a la creatividad, y de esta manera a un cierto tipo de relación entre él y su cliente.
- Pone atención a la forma en la que se expresa el paciente y no solamente al contenido de sus palabras.”²²

Tales aspectos son tomados por Perls para la estructuración de la Gestalt.

WILHELM REICH (1897-1957)

Después de Freud la mayor influencia recibida por Perls es la de Wilhelm Reich. Uno de los puntos en que Reich influyó en la Terapia Gestalt es el principio que destaca la importancia de la forma en cómo el individuo habla de sí mismo o de sus asuntos. “La manera en que se acuesta en el diván, la inflexión de su voz, el agrado de cortesía convencional, todas éstas cosas

²¹ Ibidem, p.82-83.

²² Ibidem, p.84-85.

son criterios de valor para comprender las resistencias latentes... cómo se dicen las cosas es un material tan importante para la interpretación como lo que dice el paciente”²³.

Otro concepto que ha influido en la Terapia Gestalt, es el de la armadura del carácter (Perls, 1975), “la cuál está integrada por los impulsos reprimidos, las fuerzas defensivas represoras y por una capa de la estructura psíquica que se localiza entre ambas llamada falta de contacto”²⁴. La armadura del carácter “no es de naturaleza puramente psíquica sino también muscular; y este dato también será aprovechado en la Gestalt. Reich explica que esta coraza produce una serie de anillos que estorban el paso de la energía. Estos anillos dividen al organismo en segmentos que se localizan a nivel ocular, oral, de la musculatura profunda del cuello, torácico, del diafragma, del abdomen y de la pelvis”²⁵.

El tercer elemento de la armadura del carácter, la falta de contacto, es considerado como el más importante y la Terapia Gestalt también le asigna un lugar especial.

Para Reich “el análisis del carácter implica el reestablecimiento de la capacidad de contacto; y supone que la recuperación del contacto permite un orgasmo pleno y sólo la liberación de la energía sexual en el orgasmo genital permite el pleno desarrollo y salud mental de la persona y de la sociedad”²⁶.

Sin embargo, Perls no acepta completamente este principio y así lo expresa: “Tomar el carácter genital como la forma más elevada de desarrollo es bastante arbitrario. Reich, al glorificar la potencia sexual, produce la impresión de elevar un ideal que no existe en la realidad. Estoy de acuerdo con él en que toda perturbación en la función del orgasmo, al mismo tiempo alterará otras funciones de la personalidad, pero hará lo mismo toda perturbación de las funciones del ego, del instinto de hambre y, como Alexander y Reich mismo han demostrado, del sistema motor”²⁷.

Para Perls, una de las mayores contribuciones de Reich, es la de haber considerado las resistencias como funciones organismicas totales y el de haberle quitado a la resistencia anal el monopolio entre las resistencias (Perls, 1995).

²³ REICH, W., Análisis del carácter, p.64.

²⁴ Ibidem, p.324.

²⁵ Ibidem, p.373-391.

²⁶ Ibidem, p.295.

²⁷ PERLS, F., Yo, hambre y agresión, p.145.

1.2.2.2. CONDUCTISMO

El conductismo o behaviorismo surgió casi de forma simultánea con el movimiento gestáltico.

La psicoterapia Gestalt y el Conductismo comparten ciertos aspectos, aunque no en su totalidad; por ejemplo, en el conductismo se pone atención a las respuestas del sujeto, es decir, a lo que se puede observar porque ocurre de forma externa, la Gestalt toma esta forma de recabar datos pero la amplía ya que también considera los aspectos internos que ocurren en ese mismo sujeto. “Dado que nuestro único acceso a la experiencia tiene lugar a través de alguna forma de conducta verbal o no verbal, el terapeuta gestaltista toma como datos de conducta todo lo que sucede en un individuo (lo que piensa, siente, hace, recuerda y percibe)”²⁸.

Con base en esta diferencia se pueden observar muchas otras, por ejemplo, el conductista piensa que la conducta observable es el único objeto de estudio legítimo de la psicología y el único criterio para evaluar el resultado de cualquier procedimiento experimental. El psicólogo Gestalt, por su parte, estima que todo lo que sucede dentro de una persona –o sea, sus sensaciones, percepciones, cogniciones; en una palabra, su experiencia– constituye datos psicológicos válidos, aunque no puedan ser verificados (Fagan y Shepherd, 2003). Es por esto que “la psicoterapia Gestalt se opone al conductismo, ya que en este último las acciones, ejecuciones y conductas significan más que las palabras, los sentimientos y las motivaciones intrapsíquicas”²⁹.

Los terapeutas conductistas se centran en la conducta o síntoma actual que está provocando el problema básico del cliente. Si la terapia se funda en principios operativos, se recompensa la conducta nueva apropiada cuando ella se produce, mientras que las respuestas antiguas e inapropiadas se extinguen por la falta de recompensa o por el castigo subsiguiente. Los terapeutas gestaltistas estiman que los determinantes primordiales de la conducta están dentro de la persona, y por ende se centran en los sucesos internos o mundo de experiencia interno del cliente (Fagan y Shepherd, 2003).

Dado que la terapia Gestalt enfatiza la experiencia inmediata, puede que se le confunda con el conductismo, sin embargo, el conductismo reduce al hombre a la experiencia, limitando el concepto de experiencia a los reflejos y dejando a un lado la esencia del organismo humano. Algunos conductistas, como Dollard y Miller, afirman relacionar los reflejos con los aspectos

²⁸ FAGAN, J., et. al., Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica, p.45.

²⁹ CASTANEDO, C., Psicoterapia gestáltica aplicada a los sueños, p.26.

psicodinámicos; lo hacen siguiendo una formulación preconcebida que reduce al hombre a aspectos puramente mecanicistas. Estas últimas teorías se limitan a la naturaleza orgánica del ser humano, en lugar de percibir al hombre como una unidad que sólo en parte se manifiesta por medio de su naturaleza orgánica.

La terapia Gestalt enfoca los fenómenos sintomáticos orgánicos como un punto de partida, y esto solamente en algunas ocasiones. “El conductismo sufre de una mentalidad mecanicista, que tanto prevalece en las sociedades industrializadas. El hombre y la máquina pueden ser similares, pero nunca serán iguales”³⁰.

El terapeuta, en el conductismo, es el responsable de ejecutar los cambios en el paciente, el psicólogo manipula el medio ambiente del paciente de modo tal que la conducta compatible de ajuste esté condicionada en el paciente y que la conducta no deseada sea descondicionada. El terapeuta conductista tiene el control del sujeto, ya que este último es percibido como un receptor pasivo de estímulos. En oposición con esto, la Gestalt considera la psicoterapia como un medio para hacer crecer el potencial humano, enfatizando la observación, no manipulativa, de la conducta en el aquí y el ahora y centrándose sobre la importancia del proceso de darse cuenta o toma de conciencia.

En general en el conductismo, la conducta del sujeto es directamente modificada por el terapeuta contando con los estímulos del medio. En cambio, en la psicoterapia Gestalt, la persona aprende a servirse de todos sus sentidos, internos y externos, llegando así a ser auto-responsable, dándose auto-soporte. La terapia Gestalt ayuda al individuo a retomar el camino de los sentidos, a tomar conciencia del proceso de darse cuenta. Mientras el conductismo utiliza condiciones de control de estímulos, la terapia Gestalt ofrece la auto-realización al individuo sirviéndose de experimentos (vivencias) que enfatizan la toma de conciencia dirigida en el aquí y el ahora (Castanedo, 1988).

1.2.2.3. PSICOLOGÍA DE LA FORMA

El primer “estudio oficial fundado en esta nueva escuela aparece en 1912 con la firma conjunta de Max Wertheimer, Kurt Koffka y Wolfgang Köler. En realidad estos investigadores retoman las experiencias anteriores de un belga, Joseph Plateau, que había estudiado desde

³⁰ Ibidem, p.29.

1830 el efecto caleidoscópico con un dispositivo bautizado “praxinoscopio”, la combinación de imágenes precisas daban una impresión de movimiento global continuo”³¹ .

Wertheimer, Köler y Kofka, en un inicio, dirigieron sus investigaciones hacia el estudio de la percepción humana. Su propuesta se opuso a la visión conductista de Watson, quien sugería analizar la conducta a través de la relación estímulo-respuesta, lo que significaba percibir a la conducta del ser humano en partes disociadas (Castanedo, 1997).

Los psicólogos de la forma también siguieron “los trabajos de Christian von Ehrenfels, este fue uno de los precursores de la Gestalt y subrayó desde principios de siglo que el todo es una realidad diferente a la suma de las partes (una melodía es más que una sucesión de notas)”³² ; utilizaron sus trabajos para estudiar los mecanismos fisiológicos y psicológicos de la percepción, así como las relaciones del organismo con su medio.

En uno de los primeros trabajos de la psicología de la forma, Wertheimer colocó 2 luces, una permanecía encendida por un espacio de tiempo de milisegundos, se apagaba por un espacio menor al encendido y posteriormente se encendía otro foco en el mismo lapso de tiempo que el anterior, produciéndose una ilusión perceptual, como si la luz se desplazara de un punto a otro, es decir, se produce la ilusión del movimiento. A esto le llamó fenómeno phi, que posteriormente sirvió como base para la fotografía en movimiento.

Estos mismos estímulos se percibirán diferentes, en tanto aparezcan en tiempos distintos. Si el intervalo de tiempo se alarga se percibirán como desplazamientos discretos, pero si disminuyen se podrán ir observando movimientos de estímulos, de tal manera que si se continúa decrementando se podrán percibir como movimientos simultáneos. En este sentido, para los psicólogos gestaltistas lo importante es la percepción del fenómeno en sí.

Para los psicólogos de la forma el trabajar con la totalidad se relaciona con la teoría de campo, en la que el campo es considerado como un todo dinámico, organizado de manera armónica o estable, en la que la más pequeña alteración afecta a las demás partes. De esta manera Köler sugirió que existen campos cerebrales que están contenidos en los procesos de percepción. Pero también ha propuesto que la conducta humana requiere ser manejada dentro de un campo comportamental en el que están integrados los estímulos, el ambiente físico, el mundo exterior y sus elementos, tal y como son percibidos por el sujeto (Boeing, 1979). Después

³¹ GINGER, S., et. al., op. cit., p.40.

³² Ibidem, p.41.

extendieron sus trabajos a la memoria, la inteligencia, la expresión y finalmente a toda la personalidad.

Explican que todo campo perceptivo se diferencia en un fondo y en una forma o figura. La forma está cerrada, estructurada. El contorno parece pertenecerle. No podemos distinguir la figura sin un fondo; la Gestalt se interesa tanto en una como en la otra, pero sobre todo en su interrelación.

La percepción depende a la vez de factores objetivos y subjetivos, cuya importancia relativa puede variar. El sujeto tiende a aislar las “formas adecuadas” o “formas fuertes y estables” que rigen las relaciones entre el organismo y el medio.

A través de experiencias de laboratorio, los gestaltistas subrayan la relación dialéctica del sujeto y del objeto, con esto van en contra de las creencias de la época, las cuales hablaban de una “objetividad científica”; demuestran que el aspecto del objeto depende de las necesidades del sujeto, y a la inversa, que la necesidad del sujeto depende del aspecto del objeto.

Los psicólogos de la forma también explican que “el reconocimiento preciso de la figura dominante en un momento dado, permitirá por sí sola la satisfacción de la necesidad, por lo que después de su disolución (o supresión) dejará al sujeto disponible para una nueva actividad física o mental. Por lo que para la Psicología de la Forma el flujo sin obstáculos de múltiples ciclos sucesivos define el estado de salud”³³.

La terapia estimula la formación flexible de Gestalts sucesivas, adaptadas a la relación incesante y fluctuante entre el organismo y su medio, con un “ajustamiento creativo”³⁴ permanente. “La Terapia Gestalt podría definirse como el arte de la formación de formas adecuadas”³⁵.

En 1927 Bluma Zeigarnik, psicóloga gestaltista alemana, publica sus investigaciones sobre las necesidades no satisfechas y sobre las tareas interrumpidas prematuramente cuando se trabaja. Ella relaciona a la persistencia de la tensión así creada como una “casi necesidad” de terminar la tarea, de cerrar la Gestalt inacabada. La presión psíquica causada por un trabajo inacabado arrastra una fuerza masiva de la preocupación en curso; así la persistencia de dichas

³³ Idem.

³⁴ Idem.

³⁵ Idem.

presiones psíquicas a la larga crea una tensión crónica. Este es conocido como el “efecto Zeigarnik y más adelante Perls verá en el otra de las fuentes de la neurosis”³⁶.

Kurt Goldstein realizó observaciones en personas con lesiones cerebrales o afasias, con lo que elaboró una teoría global del organismo en su relación con el medio. En tal teoría rechaza la dicotomía entre lo biológico y lo psicológico, así como entre lo normal y lo patológico.

Estas y otras investigaciones de los psicólogos de la forma permitieron derivar algunas de las leyes que se han utilizado en la psicología de la Gestalt, tales principios fueron retomados por Perls, los cuales son:

- En el campo perceptual las partes se integran para formar estructuras.
- El campo perceptual se organiza sobre una relación de figura y fondo, siendo la figura la que resalta del fondo, ubicado bajo un contorno.
- Dependiendo de la complejidad de la estructura, puede ser simple o compleja.
- Una estructura bien articulada, por ejemplo, un círculo, provoca un impacto en el observador.
- La figura con una estructura fuerte posee cohesión y resalta sobre las demás.
- Una figura abierta tiende a cerrarse para alcanzar la estabilidad.
- Al alcanzar la estabilidad y, por lo tanto el cierre, las formas tienden hacia la simetría, el equilibrio y la proporción.
- Los objetos son formas estructuradas y organizadas.

De acuerdo con estos principios básicos de la psicología de la forma, lo que Perls retoma para la psicología de la Gestalt es lo siguiente:

La manera como se conforman las figuras externas al organismo en lo visual y auditivo, también ocurre en lo interno mediante las percepciones orgánicas como las sensaciones y emociones corporales; incorporando a la motivación como un factor básico en la formación de las figuras, indicando que cuando hay una necesidad hay una figura, que al satisfacerse se retirará para alcanzar el fondo. En esta búsqueda por satisfacer sus necesidades se origina la motivación, la cual influye en el comportamiento de la persona.

³⁶ Ibidem, p.42.

1.2.3. FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS

1.2.3.1. FENOMENOLOGÍA

Edmund Husserl creó la fenomenología a principios del siglo pasado (1907), él postuló el método fenomenológico, que se sustenta en hacer una descripción de los fenómenos tal y como estos se presentan en la conciencia. Prescindiendo de cualquier forma de interpretación o deducción, es decir, simplemente “establece que los filósofos tienen que limitarse a describir lo inmediato”³⁷.

La fenomenología tiene por fundamento la operación llamada epoché (Gaos, 1960), “la cual consiste en sustituir la actitud natural ante los objetos o ante las proposiciones, sobre los objetos por una peculiar actitud de abstención o epoché, que es no entregarse al objeto o a la proposición; es no vivir el acto correspondiente; sino en considerarlo o contemplarlo refleja y puramente, tomando el objeto o la proposición como meramente intencionales o presentes absteniéndonos de consentir en ningún juicio sobre la realidad del objeto o sobre la verdad de su proposición”³⁸. En otras palabras, el fundamento de la fenomenología es cómo acercarse al objeto de estudio, sin intentar saber ¿por qué es?, sino para saber ¿cómo es?.

La Psicoterapia Gestalt retoma de la fenomenología principalmente:

- * “Primero se debe describir antes que explicar, es decir, el cómo precede al por qué.
- * Lo esencial es la vivencia inmediata, tal como es percibida o sentida corporalmente, así como el proceso que se desarrolla aquí y ahora.
- * Nuestra percepción del mundo y de nuestro entorno está dominada por factores subjetivos irracionales que le confieren un sentido, el cual es diferente para cada uno.
- * La importancia de la toma de conciencia del cuerpo y del tiempo vivido, como experiencia única de cada ser humano, ajena a cualquier teorización preestablecida”³⁹.

1.2.3.2. HOLISMO

El holismo hizo su influencia en la terapia Gestalt de una manera muy directa, ya que Perls mismo (creador de la psicoterapia Gestalt) fue influenciado por (según Salama y Ginger) uno de los constructores filosóficos más importantes del holismo, Jan Smuts.

³⁷ SALAMA, H., et. al., op. cit., p.15.

³⁸ GAOS, J., Introducción a la fenomenología, p.65-67.

³⁹ GINGER, S., et. al., op. cit., p.38.

Lo que le interesó a Perls para integrarlo a la terapia Gestalt, fue la contemplación del ser como un todo, como un organismo influenciado por sus propias células, por la sociedad y por el presente y el pasado. A continuación se presenta un fragmento de una declaración de Smuts en su libro "Holismo et Evolutio":

"El organismo es fundamentalmente una sociedad en la cual cooperan innumerables miembros con una ayuda mutua (...) En este continuum está contenido todo el pasado que se conserva y que trata siempre de influir el presente y el futuro (...) En otros términos el organismo y su campo, o más bien, el organismo como un todo, el organismo holístico, contiene su pasado y mucho de su futuro en su presente (...) La actividad espontánea del organismo en la asimilación del material necesario para su alimentación y su desarrollo, muestra que funciona como un conjunto orgánico libre..." (Citado por H. Petzold en "Die Gestalttherapie von Fritz Perls and Paul Goodman" en *Integrative Therapie*, no.1-2/1984 (traducción personal de Richard Rosen y Anne Ginger)⁴⁰.

La esencia de la concepción holística de la realidad consiste, por un lado, en darse cuenta de que el mundo es un todo unificado y coherente, que consta no sólo de átomos, sino de estructuras que tienen un significado distinto a la suma de sus partes; y por otro lado, en considerar al hombre como parte integrante de éste mundo⁴¹.

Quizá las concepciones más importantes para la terapia Gestalt que toma del holismo, son las de salud-enfermedad y la manifestación del cuerpo en las palabras y viceversa, la primera se refiere a que bajo la premisa de que "La salud no es la ausencia de enfermedad o dolencia, sino un estado completo de bienestar físico, mental y social"⁴², es que la terapia Gestalt señala el mantenimiento y desarrollo de este bienestar armonioso y no el de la "cura" o de la "reparación" de algún problema que haya, lo que se sobreentendería como una referencia implícita a un estado de "normalidad", una posición opuesta al espíritu mismo de la Gestalt, que valora el derecho a la diferencia, a la originalidad irreductible de cada ser.

La terapia Gestalt reúne la noción de desarrollo personal, de formación y de apertura del potencial humano. Así Goldstein refiere: "lo normal debe definirse, no por la adaptación, sino al contrario, por la capacidad de inventar nuevas normas"⁴³.

⁴⁰ GINGER, S., et. al., op. cit., p.57.

⁴¹ PERLS, F., Yo, Hambre y Agresión, p.33.

⁴² GINGER, S., et. al., op. cit., p.15.

⁴³ SALAMA, H., op. cit., p.15.

Con respecto al segundo punto (la manifestación del cuerpo en las palabras y viceversa), solo cabe anotar que el cuerpo es el medio de comprensión y expresión del ser, así que su adecuada observación y concordancia con lo que el paciente menciona es una forma de comprender si los sentimientos expresados concuerdan con lo expresado.

1.2.4. BAUTIZO DE LA PSICOTERAPIA GESTALT

En 1951 se ubica el momento del “bautizo oficial” de la Psicoterapia Gestalt; este “bautizo” ocurre cuando se publica el libro “Terapia Gestalt”, título muy debatido, ya que para Laura Perls debía llamarse “Psicoanálisis Existencial”, y para Hefferline (autor principal del primer tomo) “Terapia Integrativa”.

Fritz Perls había bautizado al principio su método como “Terapia por concentración”, oponiéndolo así al método de la asociación libre del psicoanálisis ortodoxo. En efecto, él sugería al cliente que se concentrara en la experiencia que sentía “aquí y ahora”, que focalizara toda su atención; pero en 1951 convenía encontrarle un nombre más global a este nuevo método.

Fue entonces cuando Fritz Perls sugirió “Terapia Gestalt”, lo que suscitó grandes debates ya que sus colegas decían que Fritz desconocía la teoría Gestalt, incluso el mismo Perls declaraba que conocía mal dicha teoría pero que para él lo más importante era el tema de la situación inacabada o Gestalt abierta.

Por su parte Paul Goodman (autor de la parte esencial del libro “Terapia Gestalt”) consideraba este término extraño y demasiado esotérico, pero era justamente eso lo que le gustaba a Perls por razones de provocación y de marketing. Es Goodman el que discute con Köhler, Koffka; Goldstein y Lewin sobre el título del libro; finalmente este término prevaleció.

1.3. CONCEPTOS BÁSICOS Y TÉCNICAS DE LA PSICOTERAPIA GESTALT

1.3.1. CONCEPTOS BÁSICOS DE LA PSICOTERAPIA GESTALT

Como todo enfoque terapéutico, la visión gestáltica tiene sus propios principios en los que sustenta su trabajo que, como ya se señaló, es una conjunción de elementos psicológicos, filosóficos y metodológicos que Fritz Perls supo amalgamar de manera armónica, dando como resultado una forma de abordar los problemas psicológicos.

A continuación se efectúa una descripción de los principios más importantes que utiliza la psicoterapia Gestalt.

1.3.1.1. AWARENESS O DARSE CUENTA

El “awareness”, también conocido como “darse cuenta” o “toma de conciencia”, es una pieza fundamental en el trabajo del terapeuta gestáltico, considerando que uno de los objetivos de esta terapia es, como señala Enright (1993), “una nueva integración de la atención y la conciencia”⁴⁴. De esta manera, el terapeuta de esta corriente enfocará su trabajo en torno a todo aquello que impida la toma de conciencia o “awareness”.

La psicoterapia Gestalt parte de que en el proceso de formación del individuo, ha perdido capacidad para “darse cuenta”, reduciendo el contacto consigo mismo y con lo que le rodea. A través de implementar el “awareness”, el individuo puede ser capaz de recobrar a sí mismo, para ello, el terapeuta centra su trabajo en el paciente para que enfoque su atención hacia sus sensaciones internas y externas, sus sentimientos o pensamientos, o bien, con el medio que lo rodea. En este sentido, los Polster (1994) resaltan la importancia de la “toma de conciencia” de las sensaciones y acciones, atribuyéndole tres fines: 1) Propicia la realización personal. En la medida que la persona “tome conciencia” sobre sus sensaciones podrá concretizar aquellas que le permitan mejorar o disfrutar. Por ejemplo, cuando una persona descubre que su respiración es mínima, y que con esto disminuye sus sensaciones y su energía, puede modificar su manera de respirar y su capacidad para incrementar sus sensaciones. 2) Facilita el proceso de elaboración. En la medida que el paciente tome conciencia sobre las sensaciones y emociones que se

⁴⁴ ENRIGHT, J., Introducción a las técnicas gestálticas, p.113.

deriven de una situación dada (por ejemplo, ante una persona con características específicas), también puede descubrir sus causas, trabajarlas y cerrarlas. 3) La recuperación de situaciones pasadas. Al establecer el contacto con sus sensaciones, el paciente puede descubrir su relación con alguna situación que vivió en el pasado, y que en el momento de la terapia puede “cerrar”.

1.3.1.2. AQUÍ Y AHORA

Otro de los conceptos que son básicos en la psicoterapia Gestalt es el manejo del tiempo; para este enfoque no hay necesidad de acudir hacia el pasado, como lo hacían los psicoanalistas, todo puede ocurrir en el presente, en el aquí y ahora.

La persona acude a la terapia trayendo una variedad de asuntos inconclusos, de hechos que ocurrieron en el pasado y que confluyen en la problemática del paciente en este momento; de esta manera, tanto sus pensamientos como sus acciones o emociones se encuentran alejadas del aquí y ahora. Por este motivo, el trabajo terapéutico está encaminado a devolverle a la persona la posibilidad de vivir en el presente, incitándolo para que concentre su atención en las sensaciones, emociones y pensamientos que están ocurriendo en su momento existencial; el trabajarlos aquí y ahora le ayudarán a cerrar los asuntos inconclusos que vayan surgiendo durante el proceso terapéutico, reviviéndolos en el aquí y ahora, y también aquellas fantasías que la persona tenga sobre el futuro (Perls, 1997).

La clave en la terapia Gestalt requiere conducir al participante para que se contacte con todo aquello que lo rodea, esto en apariencia es muy sencillo, sin embargo, esta incapacidad ha provocado en las personas graves problemas psicológicos.

1.3.1.3. FIGURA FONDO

Uno de los conceptos básicos de la psicoterapia Gestalt es la relación figura – fondo, que los psicólogos gestaltistas aportaron, y consiste en la manera como el individuo percibe, aludiendo que este fenómeno se produce a través de una relación entre la figura y el fondo, en donde del todo emerge en forma de relieve la figura que resalta por encima de los demás y sobre la cual se centra nuestra atención, al mismo tiempo la otra parte del campo perceptual ha quedado en el fondo. De manera similar, para la psicoterapia Gestalt los aspectos emocionales, sensaciones, recuerdos y pensamientos se organizan en forma de figuras que se sumergen en el fondo, y que de acuerdo a las necesidades del individuo surgirán para intervenir en su comportamiento. En este sentido, muchas de las situaciones irresueltas por la persona estarán

en el fondo, esperando la posibilidad de ser cerradas; cuando esto ocurre estas figuras o gestalts no permiten a la persona tener una vida íntegra, distrayéndola de situaciones del momento. Precisamente, en el proceso terapéutico se toman en consideración estas gestalts inacabadas, con la finalidad de atenderlas para cerrarlas.

La aparición de la figura es producida por la búsqueda del equilibrio perdido, que se ha llamado homeostasis.

1.3.1.4. HOMEOSTASIS

El término homeostasis, es un término utilizado en la biología, el cual consiste en la tendencia del organismo para alcanzar la estabilidad; es utilizado por Perls (1997) para referirse a: “el proceso mediante el cual el organismo satisface sus necesidades. Dado que sus necesidades son muchas y cada necesidad altera el equilibrio, el proceso homeostático transcurre todo el tiempo...”⁴⁵. Como resultado, el ser humano pasa de un estado de desequilibrio, al surgir alguna necesidad, hacia el equilibrio, cuando ésta ha sido satisfecha. Sin embargo, es posible que el organismo sea incapaz de recuperar el equilibrio durante un largo tiempo, por lo que se puede considerar que es un organismo enfermo, y que puede llegar a la muerte si no es capaz de ejecutar el proceso homeostático.

Al relacionar el fenómeno de homeostasis con la psicoterapia Gestalt, éste hace referencia a las necesidades que surgen en la persona; se considera que el organismo genera necesidades, siendo la más importante la que se convierte en figura, las demás se encuentran en el fondo; en la medida que esta figura pueda ser satisfecha, pasará al fondo. De la misma manera, la problemática psicológica aparecerá como una figura, la cual tendrá que ser resuelta para pasar al fondo.

Estos aspectos que se han aludido, la relación figura fondo y homeostasis, son básicas en los contactos que establece el ser humano, tanto a nivel intrapersonal como interpersonal, de manera que al ser explicados permitirán entender otro de los conceptos de la psicoterapia Gestalt: el contacto.

⁴⁵ PERLS, F., El enfoque gestáltico, testimonios de terapia, p.20.

1.3.1.5. CIERRE

Si una figura está incompleta el receptor la completará en su mente, “Koffka ha afirmado que si las fuerzas externas, o sea las condiciones objetivas del estímulo, no se organizan para producir buenas configuraciones espontáneas, entonces las fuerzas internas dentro del individuo tienden a modificar el patrón de la estimulación retiniana hacia una configuración con más bondad”⁴⁶. Este fenómeno, conocido como fenómeno de cierre, se manifiesta en muchos otros campos más allá de la percepción visual, buscando ajustar muchos de nuestros procesos mentales del modo más completo y típico posible.

Una figura incompleta o abierta tiende a cerrarse o completarse, esto también sucede en el pensamiento y el aprendizaje, “un problema no resuelto o una tarea específica no aprendida es una gestalt incompleta que origina tensión. Al resolver el problema se efectúa el cierre y se descarga la tensión”⁴⁷.

1.3.1.6. CONTACTO

El ser humano vive en interacción con sus semejantes en un espacio ambiental, en donde puede aprender y satisfacer sus necesidades y propiciar su desarrollo. Perls (1997) indica: “...es en este límite de contacto donde ocurren los eventos psicológicos. Nuestras acciones, nuestra conducta y nuestras emociones son nuestro modo de vivenciar y enfrentar los acontecimientos de límites de contacto”⁴⁸. Al parecer la realización de los contactos sería una situación natural, sin ningún problema, sin embargo, se reconoce que en el desarrollo del ser humano se van conformando las dificultades que evitan establecerlos, una manera de ilustrarlo es cuando un padre le impide a su hijo expresar sus emociones, negándole la posibilidad de llorar, produciendo en el individuo la pérdida de contacto.

Para los Polster (1994) el contacto tiene una importancia vital, dado que: “El contacto es la savia vital del crecimiento, el medio de cambiar uno mismo y la experiencia que uno tiene de cambiar el mundo”⁴⁹. Por este motivo, uno de los aspectos que el terapeuta de este enfoque resalta es la de conducir al paciente para que establezca contacto con todo aquello que esté inconcluso en el paciente, con la finalidad de cerrarlas y, de esta forma, conducir al paciente hacia su crecimiento personal.

⁴⁶ FORGUS, R.H., Percepción: proceso básico en el desarrollo cognoscitivo, p.141.

⁴⁷ CASTANEDO, C., Terapia Gestalt: enfoque centrado en el aquí y el ahora, p.45.

⁴⁸ Ibidem, p.30.

⁴⁹ POLSTER, E., et. al., Terapia gestáltica, p.105.

El contacto se produce cuando ha habido una necesidad que busca ser satisfecha, al efectuarlo se cierra la gestalt y se produce una retirada del contacto. Esta relación de contacto y retirada forman parte de las interacciones que el individuo establece con el medio ambiente. Cabe aclarar que el contacto no significa simplemente escuchar, sentir o ver, sino que se refiere a la manera en cómo esto se efectúa, tomando en cuenta que es común que se puede estar tomando alimentos sin captar su sabor; o bien mirar sin ver; con lo que se puede afirmar que en estos casos no hay un verdadero contacto.

El contacto que establece el individuo y el ambiente se produce mediante una frontera de contacto, lo que permite proteger al yo de lo que no es.

1.3.1.7. FRONTERA DE CONTACTO

El contacto que establece el ser humano con su medio ambiente le permitiría, cuando este se produce de manera apropiada, enriquecer los distintos aspectos de su vida, sin embargo, en esta interacción es fundamental la formación de una frontera que proteja al yo; los Polster (1994) lo indican así: "La frontera del ser humano –la frontera del yo– está determinada por toda la gama de sus experiencias en la vida, y por las aptitudes que haya adquirido para asimilar experiencias nuevas o intensificadas. Esta frontera delimita en cada persona la capacidad de contacto que considere admisible"⁵⁰.

Esta frontera de contacto que constituye cada individuo como resultado de su historia personal, y en la cual están contenidos pensamientos, hechos, valores, etc. le permiten estimar los riesgos que representa efectuar el contacto; de tal forma que cuando considera que el contacto rebasa sus límites, el individuo se puede sentir amenazado, obstruyendo el contacto; pero también, por encima de esto hay quienes se atreven a rebasar los límites, estableciendo un contacto afortunado, ampliando su frontera de contacto.

El ser humano al relacionarse o contactarse consigo mismo y con el mundo, utiliza sus sentidos (vista, tacto, oídos, gusto y olfato), pero además, su razonamiento en todas sus modalidades (entre ellas su capacidad de comunicación), mismas que han sido denominadas como zonas de contacto o de relación.

⁵⁰ Ibidem, p.111.

1.3.1.8. ZONAS DE CONTACTO O DE RELACIÓN

Las zonas de relación son aquellas que le permiten a la persona tener conciencia de su mundo interno y externo. Existen tres zonas: interna, media o intermedia y externa. A continuación describo cada una de ellas, de acuerdo con lo propuesto por Oldham, Key y Starak (1992).

Zona interna. Con esta zona se alude a todas aquellas sensaciones internas (de la piel hacia adentro) que son captadas por la persona. Por ejemplo, las sensaciones estomacales o algún dolor en un órgano interno.

Zona externa. Se refiere a todos aquellos estímulos que se encuentran en el exterior (fuera de la piel) y que pueden ser captados por la persona. Por ejemplo, identificar la iluminación u oscuridad de una sala; precisar las formas de los objetos que rodean a la persona.

Zona media o intermedia. En esta zona la persona establece contacto con sus pensamientos, fantasías, recuerdos y planes. La utilización de esta zona le permite al ser humano procesar la información que recibe de su zona interna y externa. Sin embargo, en el proceso terapéutico se orienta al participante para que reduzca el uso de esta zona y les dé preferencia a las otras.

Cabe resaltar que esta zona es la que más se alienta, de manera que en el proceso educativo se da preferencia por el desarrollo de las capacidades cognitivas; en cambio, el contacto con las sensaciones y emociones del estudiante no se toman en cuenta lo suficiente. Así, con el manejo constante de esta zona, el individuo es capaz de anticiparse a un hecho o preocuparse por lo que aun no ha pasado; esto es una manera de evitar lo que se está viviendo. Por tal motivo, es necesario que exista un equilibrio entre la zona interna, media y externa. Entre los desequilibrios producidos por el manejo inadecuado de las distintas zonas se encuentra uno de los aspectos que mayormente afectan al ser humano de nuestros tiempos que es la neurosis.

1.3.1.9. NEUROSIS

La manera en que Perls (1997) explica el problema de la neurosis, parte del supuesto de que el ser humano se encuentra en interacción con el medio ambiente; en el inicio el hombre se

encuentra en un equilibrio (homeostasis) en el aspecto físico, psicológico y social, siendo capaz de establecer contacto con cualquiera de sus zonas (interna, media o externa). Sin embargo, en el transcurso de su desarrollo (principalmente durante la infancia y la adolescencia) los padres, familiares y maestros, entre otros, influyen impidiendo el contacto. Por ejemplo, cuando un padre le dice a su hijo: “no grites”, o “no llores”, etc., provoca que paulatinamente se vayan inhibiendo los contactos. De manera más clara, Baumgardner y Perls (1994) indican que “...al rechazar y arrojar más allá de los límites de nuestro ego, nuestros sentimientos y nuestra manera natural de ser, nos comprimimos, nos volvemos estructurados y artificiales y mostramos formas de comportamiento que tienen muy poca relación con nuestro verdadero ser”⁵¹. Esto propicia que, para satisfacer alguna necesidad, las personas adquieran comportamientos inadecuados con la finalidad de restablecer el equilibrio, produciéndose formas neuróticas.

Por lo anterior, se puede afirmar que la interacción que el ser humano establece con el medio ambiente, debe ser una relación armónica o de equilibrio, considerando que es en el medio ambiente donde se producen una variedad de necesidades y satisfacciones (en el ámbito físico, psicológico y social). Consecuentemente, cuando surge la neurosis es que ha habido un desequilibrio, y por lo tanto, las necesidades no han podido ser satisfechas. Haciendo notar que no es porque el individuo rechace el equilibrio, sino por la evocación de comportamientos inadecuados para alcanzarlo. En este sentido, se presenta un conflicto entre sus necesidades individuales y las exigencias de la sociedad. Apunta Perls (1997) “...la búsqueda de equilibrio lo lleva a hacerse cada vez más a un lado, permitiendo que la sociedad coloque demasiado peso sobre él, que lo sobrecargue con sus exigencias alejándolo al mismo tiempo del vivir social, a empujarlo y moldearlo pasivamente, lo denominamos neurótico”⁵². Estas exigencias pueden conducir al individuo a perder el sentido de sus propias necesidades y de las sociales, orillándolo a la formación de gestalts inacabadas o inconclusas.

Con esto parecería que la neurosis es el pago del ser humano por vivir en sociedad, sin embargo, sobre esto, Perls (1997) aclara: “El hombre que puede vivir en un contacto significativo con su sociedad, sin que sea tragado completamente por ella y sin retirarse completamente de ella, es el hombre bien integrado”⁵³.

En este caso lo primordial es que le individuo distinga cuándo establecer contacto con el grupo social en el que convive, y cuándo retirarse de éste para satisfacer su necesidad y recobrar su equilibrio. O bien, saber discriminar sobre la necesidad más importante que deba ser

⁵¹ BAUMGARDNER, P., et. al., Libro primero: Una interpretación en terapia gestalt, p.21.

⁵² PERLS, F., El enfoque gestáltico, testimonios de terapia, p.39.

⁵³ *Ibidem*, p.38.

satisfecha, postergando momentáneamente las demás, sin que se vean afectados el individuo y su ambiente.

Por todo esto, se concluye que la neurosis tiene que ver con todas aquellas situaciones inconclusas que el individuo ha dejado pendientes, de las cuales no se da cuenta, o es incapaz de resolverlas. El neurótico carece de un sentido de autenticidad, no se conoce a sí mismo, mucho menos se abrirá con los demás. Su comportamiento se vuelve rígido y estereotipado, no arriesga, por lo que será muy fácil pronosticar su desempeño.

1.3.1.10. CAPAS DE LA NEUROSIS

En esta pérdida de naturalidad del individuo se conforman, lo que Perls (1995) llama capas de la neurosis, las cuales requieren ser identificadas por parte del terapeuta, dado que esto permite precisar cuál es el nivel en el que se encuentra el paciente. Tales capas son:

a) El estrato de los clisés. Se caracteriza por la utilización de formas estereotipadas de conducta, como pueden ser: saludarse, hablar sobre cosas intrascendentes, etc. En ellas se manifiesta el reconocimiento de la otra persona, pero no su aceptación.

b) Roles y juegos. En esta capa se realiza la ejecución de un papel como si fuera verdadero, representando papeles como: indefenso, niño bueno, el malo, el tirano, etc. Precisamente, es en esta capa donde el terapeuta enfoca primordialmente el desarrollo del trabajo, evidenciando los roles que se encuentra representando el paciente.

c) Callejón sin salida o "impasse". En esta parte, el paciente ya no actúa el papel que representaba, por lo que se encuentra en un callejón sin salida, en donde se producen sentimientos de pánico y ansiedad, producidos por el temor a mostrarse tal y como es.

d) Implosión. Se caracteriza porque en esta se producen sentimientos contraídos: ser o no ser, la nada o la muerte.

e) Explosión. En esta capa el paciente se ha atrevido a liberar aquella energía escondida que conduce al paciente hacia una vida auténtica, esto puede ser: sentimientos de gozo, ira, placer y dolor.

f) Autenticidad. Se caracteriza porque en ella se manifiestan sentimientos auténticos, producidos por la afirmación de sí mismo en el paciente.

En esta guía, sobre las distintas etapas que integran la neurosis, el objetivo es que el individuo alcance el sentido de autenticidad, de tal forma que pueda ser capaz de expresarse emocionalmente de forma plena. Sin embargo, para lograrlo necesita enfrentarse a las resistencias que ha utilizado para no contactarse.

1.3.1.11. RESISTENCIAS

En las interacciones que las personas establecen con el medio ambiente, en donde se inhiben los contactos, también se forman las resistencias, las cuales Polster y Polster (1994) las definen así: "... resistencia a cualquier obstáculo intrapersonal que estorbe el movimiento en esas direcciones, oponiéndole una barrera pertinaz y ajena a la conducta natural del sujeto"⁵⁴. Por lo tanto, el trabajo terapéutico estará orientado hacia la identificación, enfrentamiento y desaparición de estas, considerando aquellas que interfieren en el contacto del ser humano.

Las resistencias son una barrera que la persona utiliza para no establecer contacto; como consecuencia, el individuo puede perder aspectos propios, lo que traerá que, ante el uso constante de estas formas de evitación, el nivel de conciencia y sus contactos se reduzcan. Estas resistencias, señalan los Polster (1994), pueden ser verbales, simbólicas y conductuales. Tales resistencias son, según Castanedo (1997):

Confluencia. La palabra significa juntarse, y se refiere al mecanismo utilizado por las personas para no diferenciar entre el yo y el medio ambiente. Como consecuencia, las personas que utilizan esta forma de resistencia pierden su capacidad para expresar su opinión o crítica, y siempre estarán de acuerdo en lo que los demás expresen, debido a su incapacidad para asumir la confrontación.

Deflexión. Este mecanismo se refiere a evitar el contacto, al rechazar aquello que surge en el aquí y ahora, por lo que, en el transcurso de la interacción terapéutica, los participantes tratarán de cambiar el sentido de una conversación, sin darse cuenta, con la finalidad de no contactarse con el material que surge o con una situación dada. Otra forma en que se manifiesta es cuando los pacientes comunican situaciones confusas o abstractas, que no tienen relación con lo que está ocurriendo en el aquí y ahora.

⁵⁴ POLSTER, E., et. al., op. cit., p.63.

Retroflexión. Mediante este mecanismo, el individuo se hace a sí mismo lo que desearía hacerle a los demás; así, por ejemplo, cuando se golpea a sí mismo debido a una causa externa, está orientando la energía no contra la persona que le produjo el problema sino contra sí mismo.

Castanedo (1997) indica que este mecanismo es común en aquellas personas que presentan afectaciones en el ámbito psicosomático y que producen enfermedades tales como asma, úlceras, etc.

Introyección. Se refiere a la manera como el individuo capta para sí mismo todo aquello con lo que interactúa, como son normas morales, estilos de vida, costumbres, religión, etc., de manera que, cuando son asimilados, pasan a formar parte de la personalidad del individuo, pero cuando esto ocurre, el introyecto actúa negativamente, como un objeto extraño que altera el funcionamiento del organismo.

Este mecanismo se va conformando básicamente durante la niñez y adolescencia, como parte del proceso de formación del individuo, en el que se produce la adquisición de las distintas formas de actuar y pensar, requiere de un proceso de asimilación para hacerlos parte del individuo, de otra forma estarán ahí produciendo incomodidad.

Proyección. Consiste en proyectar al exterior algún rasgo de personalidad, pensamientos o sentimientos, sin ser reconocidos como propios. Castanedo (1997) lo define así: "... es el mecanismo por medio del cual el individuo evita apropiarse de su propia realidad..."⁵⁵.

De esta forma la proyección se convierte en el opuesto de la introyección, ya que si ésta significa llevar hacia adentro, en la proyección el proceso significa llevar hacia fuera.

1.3.1.12. CICLO DE LA EXPERIENCIA

Para explicar esta parte aludiré al modelo propuesto por Zinker (1991), en el cual se describe una variedad de etapas que están contenidas en el contacto. La primera, es la identificación de las sensaciones (enojo, alegría, tristeza, hambre, etc.); en segundo lugar, es tomar conciencia sobre el tipo de sensaciones que surgieron; el tercer lugar, consiste en movilizar la energía (o excitación); el cuarto lugar, es la acción que se requiere; el quinto lugar, es el contacto, con lo cual se satisface la necesidad; y por último, la etapa de retirada, en donde

⁵⁵ CASTANEDO, C., Terapia gestalt: Enfoque centrado en el aquí y ahora, p.95.

el sujeto se relaja y se aleja del objeto de satisfacción, dando oportunidad para que aparezca otro tipo de necesidades y se continúe con el ciclo descrito.

Para Zinker (1991), dependiendo de en qué etapa se interrumpe el ciclo se produce cierto tipo de problemática; las consecuencias de tales interrupciones son las siguientes:

Interrupción de la retirada y sensación. Esto significa la incapacidad de la persona para identificar sus sensaciones. El caso más representativo se produce con los individuos afectados por esquizofrenia, los cuales pueden ser incapaces de identificar las sensaciones que surgen de su propio cuerpo, mostrándose indiferentes ante los estímulos exteriores e interiores de su cuerpo.

Interrupción entre sensación y conciencia. Para esta etapa, la persona es capaz de experimentar sus sensaciones, pero no identifica lo que significan, se confunde, puede aludir a cierta sensación, pero no precisa la manera ni en que lugar surge.

Interrupción entre conciencia y movilización de energía. En este caso, los individuos quedan inmovilizados, son capaces de precisar sus sensaciones, pero incapaces de movilizarse para la acción. Aun más, se dan cuenta de lo que necesitan hacer, pero no cuentan con la suficiente energía para movilizarse.

Interrupción entre movilización de energía y acción. En esta etapa, la persona es capaz de movilizar la energía, pero no puede llevarla a la acción. Un caso es cuando la persona es impotente sexualmente, moviliza su energía sexual, pero puede ser incapaz de mantener una erección.

Interrupción entre la acción y el contacto. Esta interrupción es característica de los histéricos, en ellos se produce la acción, pero sin establecer contacto con lo que hacen.

Interrupción entre contacto y retirada. De manera general, en esta última etapa del ciclo, la relación entre contacto y retirada, significa el descanso y el relajamiento, sin embargo, en algunos casos, las personas eligen la actividad constante, de manera que no se produce el retiro.

1.3.1.13. POLARIDADES

Aunque fue dado a conocer por otros, para la psicoterapia Gestalt fue muy importante el concepto de polaridades, utilizado por Perls para trabajar algunos de los conflictos personales, utilizando los opuestos entre el “top dog” (perro de arriba u opresor), que representa el deber ser introyectado, es la parte que juzga que ordena y que no se equivoca. La otra parte corresponde al “under dog” (perro de abajo o saboteador), se opone al “top dog”, haciendo todo lo posible para anularlo. En esa lucha entre estas dos partes de la personalidad, se establece un diálogo para poder integrarlas (Castanedo, 1997).

Ampliando más sobre el tema, Zinker (1991) señala que habitan en la persona una gran cantidad de opuestos que pueden estar en lucha, por ejemplo, femenino y masculino; cruel y bondadoso; duro y tierno, etc, los cuales pueden estar en conflicto, indicando que, en la medida que la persona descubra las distintas partes que habitan en ella, podrá tener una mejor integración.

1.3.2. TÉCNICAS DE LA PSICOTERAPIA GESTALT

En la psicoterapia Gestalt se hace uso de determinadas técnicas que han surgido de diversas fuentes, tanto psicológicas como espirituales, además de aquella que emergieron de ella misma y que, según Naranjo (1990) sus características son: “verbales y no verbales, estructuradas y no estructuradas, introspectivas e interpersonales, dirigidas hacia adentro y hacia fuera, simbólicas y no simbólicas”⁵⁶.

Naranjo (1990) menciona que Perls buscó en diferentes fuentes todo aquello que se pudiera utilizar con el propósito de llevar al paciente hacia una mayor conciencia y responsabilidad. Por ejemplo, tomó la asociación libre del psicoanálisis como una forma de atención continua; de Reich el aspecto motor como una forma de resistencia, entre otros. Estos son algunos ejemplos que muestran que existe una gran variedad de elementos utilizados dentro de la psicoterapia Gestalt. No obstante, no debe considerársele como un enfoque ecléctico, sino como un sistema coherente que permite orientar el trabajo psicológico.

La forma en que se han clasificado las técnicas de psicoterapia Gestalt ha variado. Levitsky y Perls (1990) las manejan como si fueran reglas y juegos. Las primeras se establecen al principio del proceso terapéutico, en las que se indica el principio del ahora, evitar el lenguaje

⁵⁶ NARANJO, C., La vieja y novísima gestalt, p.55.

impersonal y no formular preguntas, entre otras. Dentro de los juegos se encuentran hacer la ronda, asuntos pendientes, me hago responsable, tengo un secreto y el juego de proyecciones, etc.

Sin embargo, Naranjo (1990) realizó una organización detallada de cada una de las técnicas, y las dividió en supresivas, expresivas e integrativas.

1.3.2.1. TÉCNICAS SUPRESIVAS

Considerando que dentro de la psicoterapia Gestalt se ha resaltado la necesidad de llevar a los participantes a vivenciar, lo que significa contactarse con el aquí y ahora, se han encontrado diversas resistencias que impiden esta experiencia; un ejemplo es el uso constante del intelecto, manejado a través de justificaciones. Para abordar esto se ha señalado a las técnicas supresivas, como aquellas que conducen al paciente a la toma de conciencia y anulan la evitación. En estas se encuentran los principios y prescripciones generales, los cuales se encuentran a continuación:

1) Acercadéismo. Cuando el paciente tiende a justificar, explicar o interpretar las causas de su problemática (diagnóstico personal), mediante el juego verbal. En esta situación, es necesario alejar al paciente de estas formas de evasión, por lo que al inicio del proceso terapéutico se les indica a los participantes una variedad de reglas que deben seguir, con la finalidad de llevarlos hacia la vivencia, además de expresar lo surgido dentro de la experiencia. No obstante, cuando, a pesar de esto, el paciente continúa evitando, el terapeuta puede considerar que algo está eludiendo, busca exhibir su inteligencia, o bien que no confía en el terapeuta. Entre los caminos posibles se encuentran: 1) Insistir en la regla (no justificar, sino expresar su vivencia), 2) Orientar al paciente sobre lo que está experimentando en ese momento.

2) Debeísmo. El decirse a sí mismo o a los otros lo que debería de ser, es otra manera de no permitirse ver lo que es. Evaluarse es la mejor manera de ser "dequeísta", las personas se evalúan en el intento de ajustarse a un patrón basado en experiencias pasadas o extrapoladas hacia el futuro. Si de acuerdo a sus juicios, el grado de ajuste a dicho patrón es suficiente, entonces "acepta". En esta "aceptación", no están descubriendo los valores intrínsecos de cada situación, no hay amor por la unicidad de la experiencia presente, ni disfrutan lo que es por lo que es, sólo existe un sello de aprobación basado en estándares preestablecidos, se siente seguro y se mantiene dentro de su statu quo. Cuando el grado de ajuste a dicho patrón no es suficiente, por lo general pondrán el énfasis en lo que falta, más que, en lo que existe.

La meta de la terapia Gestalt es vivir en el presente tanto como se pueda; que ningún estándar del pasado confunda el darse cuenta, para que sea lo que se es y ningún “debería” esconda su identidad (Salama y Villarreal, 1988).

3) Manipulación. “El “hablar acerca de” se refiere al uso equivocado del intelecto; el “debeísmo” al uso equivocado de las emociones; la “manipulación” es el uso equivocado de la esfera de la acción”⁵⁷. Esta forma de evasión, la manipulación, está relacionada con la actuación del paciente, con la intención de no contactarse o no tomar conciencia. Por ejemplo, puede jugar a hacerse la víctima o jugar al sordo. Ante esto, se considera necesario advertir que el uso de este tipo de acciones no lleva a la vivencia real.

Para enfrentar las distintas formas de manipulación del paciente, el terapeuta gestáltico puede utilizar diversas técnicas. A continuación se especifica lo que se recomienda ante ciertas situaciones determinadas:

a) Hacer preguntas. Existen preguntas razonables dentro de una conversación, pero este apartado se refiere a las preguntas como una forma de manipulación, dirigidas a obtener una respuesta que no expresa la experiencia del que pregunta. Las preguntas no sólo sirven para limitar la vivencia del que pregunta sino también para satisfacer la necesidad del manipulador de desviar la interacción a lo que no es, terapéuticamente hablando, funcional. Durante el proceso terapéutico, el paciente puede estar emitiendo preguntas que, de manera general, constituyen una forma de manipulación, distanciándose de lo acontecido en la vivencia, por lo que se sugiere la aplicación de la regla de no cuestionamiento.

b) Contestaciones. Una vez que se ha hecho una pregunta dirigida para manipular, es importante poner atención en la contestación o respuesta que se dé, ya que muchas veces éstas constituyen un acceder pasivamente a la manipulación y no sirven para el que pregunta, ni para el que contesta. La alternativa para manejar las respuestas es la sugerencia de que el interrogado tiene la libertad de contestar o no.

c) Pedir permiso. La utilización del pedir permiso se convierte en una manera de que otros se hagan responsables de la acción del participante. Ante esto, el terapeuta gestáltico lo puede conducir hacia su necesidad de apoyo, pero también lo confronta con su propia libertad y temor.

⁵⁷ SALAMA, H., et. al., op. cit., p.68.

d) Exigencias. Cuando surgen las exigencias o demandas en el paciente, el terapeuta responderá de acuerdo a la persona que la emitió y según la ocasión, una de ellas es estimular la expresión de exigencias, otra forma sería la de conducir a la persona para que experimente sus deseos o incomodidades de la situación que sustituyan a la exigencia.

1.3.2.2. TÉCNICAS EXPRESIVAS

Por medio de las técnicas supresivas el terapeuta desalienta en el paciente lo que no es; al invitarlo a expresarse, el terapeuta estimula en el paciente lo que sí es (Salama y Villarreal, 1992).

Cuando el paciente es capaz de expresar lo que hasta ese momento no se había atrevido, no sólo estará revelando su ser a otro, sino a sí mismo. Todos los actos de autoexpresión dentro de su contexto, no son sólo una ocasión para darse cuenta, sino una invitación abierta a la acción, es decir, a tener una experiencia correctiva en la que el paciente aprende que puede ser él mismo, sin que sus expectativas catastróficas sean confirmadas, en la que, tomando el riesgo, rompa con sus patrones fóbicos y aprenda que la expresión de sí mismo es reconfortante y única base para el contacto real con otros (Salama y Villarreal, 1992).

Las técnicas expresivas se encuentran divididas en tres formas, estas son las siguientes:

I. INICIACIÓN A LA ACCIÓN. Considerando que muchas de las conductas que manifiesta el paciente pueden considerarse fóbicas y, por lo tanto, existe un gran temor para efectuarlas, evitando el verdadero contacto, y así la expresión, se han sugerido algunas técnicas que se orientan hacia la acción:

1. Maximización de la expresión. El terapeuta estimula al paciente para que se exprese con palabras o acciones (especialmente verbalmente) cuando ha dejado de hacerlo.

2. Suministro de situaciones no estructuradas. En una situación dada, se conduce al paciente para que se exprese, según lo considere conveniente, de tal forma que no hay reglas, sino que sea él mismo quien elija sobre la manera de expresarse, con lo que se está favoreciendo la responsabilidad de lo que hace. En este caso, es común la presencia de conflictos, que consisten en el dilema de satisfacer una necesidad orgánica y ejecutar la acción, o considerar la reacción de los demás participantes. En tal situación, el terapeuta le sugiere que sea él mismo. Por ejemplo, en una sesión terapéutica, cuando el paciente identifica su enojo, el terapeuta le puede preguntar “¿qué quieres hacer con tu enojo?”, de manera que sea el mismo paciente quien decida qué hacer con su emoción.

3. Hacer la ronda. Es una técnica en la que se conduce al paciente para que exprese verbalmente, a cada uno de los integrantes del grupo, alguna situación, sin que para esto exista una estructura determinada. Por ejemplo, se le puede sugerir al participante lo siguiente “pasa frente a cada uno de tus compañeros y expresa una cualidad tuya”. Cabe mencionar que una situación así, no se deriva de una forma estereotipada, sino de condiciones específicas del proceso terapéutico y básicamente apoya al paciente que tiene dificultades para expresarse.

4. Jerigonza o galimatías. Es una forma de expresión en la que se emiten sonidos ininteligibles, pero que pueden tener relación con situaciones impensadas o desconocidas para el participante. Esta técnica se puede utilizar para estimular a aquellos participantes que se retraen en su expresión. Por ejemplo “expresa lo que sientes con los sonidos que tú desees”.

Prescripciones individuales. En esta técnica, el terapeuta al estar en contacto con el paciente, busca intuir aquellas situaciones que éste evita, identificando sus vacíos. En tal caso, el terapeuta sugiere el manejo de una afirmación o de una acción, o ambas. Es común que se estimule al participante, aparentemente tranquilo, a expresar su enojo; al que cree que todo lo sabe para que diga “no lo sé”. Esto significa favorecer aquello que el paciente niega. Pero también puede ser aplicada a situaciones inconclusas, por ejemplo, con algún ser querido al que no expresó en el pasado lo que deseaba.

II. COMPLETAR LA EXPRESIÓN. Estas técnicas estimulan la expresión en la que se identifican circunstancias para que el paciente los lleve a cabo. Dentro de estas se encuentran las siguientes:

1. Repetición simple. Derivada de una acción o afirmación que el paciente realizó, el terapeuta actúa como reflejo, estimulándolo para que repita la acción o la afirmación, con la intención de incrementar el “darse cuenta” en el paciente, pero también, cuando una afirmación expresada es en el sentido opuesto a lo que inicialmente se había indicado. Entre estas se encuentran algunas variaciones:

a) Estricta. Expresando una frase a cada uno de los integrantes del grupo, posteriormente puede variar el contenido.

b) Contenido. Se adapta la afirmación de acuerdo a cada participante.

c) Actitud. Se modifica la actitud, por ejemplo, de enojo, de acuerdo a la persona que lo está enfrentando.

2. Exageración y desarrollo. Se pide al paciente que repita en diferentes ocasiones una afirmación o acción, esto le permitirá descubrir alguna situación que podría ser novedosa. Entre las técnicas de exageración y desarrollo se encuentran las siguientes:

a) Explicitación y traducción. Esta técnica consiste en que el paciente manifieste con palabras una expresión no verbal. Por ejemplo, lo que diría un síntoma físico o un gesto, es decir, tratando de hacer explícito lo que era implícito, de manera que se le puede pedir “dale tu

voz a la soledad” o “si tus lágrimas pudieran hablar, ¿qué dirían?”. Para ejecutar esta técnica es conveniente que el paciente haya vivenciado el contenido sentimental, sólo entonces será posible la traducción del contenido mediante palabras.

b) Identificación y actuación. Es lo opuesto a la explicitación, mientras que en la anterior se le ponen palabras a expresiones no verbales, en la actuación se le da movimiento a los pensamientos. Por ejemplo, se le puede sugerir al paciente “sé tu mano”.

Mediante la aplicación de esta técnica, se acorta la distancia entre el yo y sus procesos, pero también es un recurso importante que conduce al paciente hacia el “darse cuenta”. Su aplicación principal se presenta en el manejo de los sueños, las anticipaciones del futuro y pasado y en la representación de las diferentes partes de la personalidad.

Algunas claves que permiten al terapeuta la utilización de esta técnica son: 1) La presencia de síntomas psicológicos como la angustia, la vergüenza, la culpa; un juicio imaginado, lo que los demás dirían del paciente o una fantasía catastrófica como un fracaso o desgracia. 2) Conflictos, aplica en pequeños conflictos, como sonreír o no hacerlo. 3) Exageración e inversión. La ampliación de algún sentimiento o acción, como un gesto, una posición o una voz quebrada, son elementos que pueden considerarse para la exploración de la actuación, sin omitir que también la actitud inversa puede ser vivenciada. 4) Una discrepancia entre la expresión verbal y la no verbal. Cuando no hay una coherencia entre expresión verbal y no verbal, puede ser motivo para que al paciente se le sugiera la actuación de una parte. 5) Conducta total. Se puede aplicar cuando el paciente está jugando ciertos juegos, por ejemplo; se puede indicar “parece que estás jugando al inocente”, si lo acepta, se le puede sugerir la exageración o la actuación.

III. EL SER DIRECTO. En este rubro de técnicas expresivas, se pretende que los participantes, eviten el manejo de un lenguaje confuso que evite la responsabilidad del paciente, pero también identificando las retroflexiones que conduzcan al paciente hacia el manejo de un lenguaje directo que lo contacte con sus verdaderos sentimientos.

1. Minimización. Cuando la expresión se ve entorpecida por alguna situación que produce vaguedad, se le puede sugerir al paciente la utilización de un lenguaje directo, eliminando palabras como “tal vez”, “quizá”, los “pero”, los “ello”, entre otras. En este caso se conduce al participante del proceso terapéutico para que sea más directo en su expresión. De tal forma, que en lugar de utilizar “pero” utilice “y”, y en lugar de decir “uno” diga “yo”.

2. Retroflexiones. Considerando que la retroflexión consiste en hacerse a uno mismo lo que se quisiera a otra persona, en esta técnica se conduce a la persona para que exteriorice a otra persona lo que se está haciendo a sí mismo. Es posible que con esto la persona sé de cuenta de que esto es justamente lo que quería hacer.

1.3.2.3. TÉCNICAS INTEGRATIVAS

En el sentido más general, toda técnica de expresión o supresión es integrativa, ya que despierta el darse cuenta de lo que estaba disociado de sí mismo, creando así pensamientos, sentimientos o imágenes inefectivas (Salama y Villarreal, 1992).

En terapia Gestalt hay técnicas cuyo objetivo principal es el de integrar las partes alienadas del paciente y son:

1. Encuentro intrapersonal. Estos es, establecer un diálogo entre los distintos sub-yoes o sub-sí mismos, por medio de pedirle al paciente que haga hablar a sus distintos caracteres. Para esto el paciente cambia de una silla a otra, correspondiendo el uso de cada silla a una parte, a una sub-sí mismo.

La idea del encuentro intrapersonal es tan simple como: relacionar dos o más ángulos distintos o puntos de vista en una misma persona, de tal manera que se relacionen y permitan la integración.

Existen dos pasos importantes que deben tomarse en cuenta antes de comenzar un diálogo intrapersonal: a) el encuentro no debe ser prematuro, es decir, "antes de que la dulce y buena Juanita esté preparada para hablar con Juanita la agresiva, es necesario que se haya dado cuenta, de que estas polaridades existen en ella y que además sepa cómo actúa en cada una"⁵⁸; b) es importante cuidar que el encuentro no degenera en una discusión intelectual o el juego de ping-pong de acusación y defensa mutua, ya que lo que se persigue es el contacto entre las dos partes a nivel de sentimientos.

La integración sólo puede alcanzarse cuando la necesidad de control entre los dos cesa.

2. Asimilación de proyecciones. La proyección es el proceso de atribuir a algo o a alguien cualidades o sentimientos propios y que no estamos dispuestos a reconocer como nuestros. Asimilar las proyecciones es "...que el paciente incorpore lo que ha disociado, reconociendo como parte de su experiencia aquello que ha rechazado"⁵⁹. Para lograrlo, el terapeuta sugiere al participante que se identifique con lo que no reconoce como propio, de esta forma, al asimilarlo como suyo, es posible que se dé cuenta de que eso es, precisamente, el sentimiento que tiene en ese momento.

⁵⁸ SALAMA, H., et. al., op. cit., p.74.

⁵⁹ Ibidem, p.75.

Las técnicas que he descrito y que se utilizan en el trabajo terapéutico, se llevan a cabo mediante la aplicación del experimento.

1.3.3. LA PSICOTERAPIA GESTALT Y LOS SUEÑOS

Fritz Perls en los últimos años de su vida se dedicó a trabajar con los sueños, para éste, en los sueños se manifiestan las partes escindidas de la personalidad y que negamos como propias; también, durante los sueños aparecen mensajes de situaciones conflictivas. Perls prefería trabajar con los sueños porque "... en ellos se localiza el mensaje existencial de lo que le falta a nuestras vidas, de lo que evadimos hacer y de lo que evitamos vivir"⁶⁰.

En este enfoque, para lograr extraer el máximo del contenido de un sueño, se sigue un procedimiento, que se puede resumir en tres puntos:

1. Historia verbal del sueño. El paciente describe a los personajes y objetos que están presentes en su sueño.
2. Volver el sueño a la vida. Para ello, se le indica al paciente que lo refiera en tiempo presente y en primera persona.
3. Dramatización del sueño. El paciente escenifica el sueño, convirtiéndose en el actor y director de los personajes y objetos que aparecen en el sueño, identificándose sucesivamente con cada uno de ellos.

Por su parte Petit (1987), señala que en la dramatización del sueño, la finalidad de las identificaciones es doble, por una parte pretende integrar los conflictos, entre las diferentes partes de sí, que están representadas en el sueño; por otro lado, se enfoca a identificar y volver a tomar posesión de las características que consideramos negativas y que hemos proyectado al exterior. Lo anterior queda ejemplificado en una cita de Perls (1969; cit. Por Castanedo, 1988): "si usted es perseguido por un ogro, en un sueño, y usted se convierte en el ogro, la pesadilla desaparecerá, usted recobrará la energía que tenía invertida en el ogro. En ese momento la fuerza del ogro no estará afuera de usted, alienada, sino que estará dentro de usted, dónde puede usarla"⁶¹. En este sentido, la persona recupera partes de sí mismo, que le permitirá tener una mayor integración.

⁶⁰ CASTANEDO, C., Psicoterapia guesáltica aplicada a los sueños, en Revista Internacional de Gestalt, No. 2, p.28.

⁶¹ Ibidem, p.30.

CAPÍTULO 2. EL DUELO

2.1. QUE ES EL DUELO

2.1.1. DEFINICIÓN

Tarde o temprano, con más o menos dolor, todos llegamos a saber que las pérdidas son una condición humana de toda la vida. Al proceso por el cual elaboramos nuestras pérdidas se le llama duelo. La manera en que asumamos este duelo dependerá de lo que percibamos como pérdida (si era muy significativa o no), de nuestra edad, de lo preparados que estemos (si fue una enfermedad larga o un accidente), de la manera en que la gente que perdamos sucumba a la muerte, de nuestras fuerzas interiores y de los apoyos exteriores y, seguramente, dependerá de nuestra historia, de nuestra historia con la gente que muera a lo largo de nuestra vida y de nuestra propia historia de amor y pérdidas.

El término duelo proviene etimológicamente de dos vocablos latinos. De “*dollus*, que significa dolor, pena o aflicción; son las demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien; también se refiere a la persona, al que se duele, el doliente, el dolorido. El segundo vocablo es *duellum*, que significa desafío, batalla o combate”¹. Tomando en cuenta ambas raíces podemos decir que el duelo es dolor psíquico, pero también es un desafío a la estructura. El duelo también es el dolor experimentado como soledad. Se trata del sentimiento por haber perdido a alguien o algo. Ya sea la muerte de un ser querido, la separación de un amante, la ruptura de una amistad, el desempleo de un trabajo que era estable, la jubilación después de años de trabajo, la destrucción de la casa donde se vivía, el abandono del hogar, la pérdida de una fortuna, una enfermedad incurable, la pérdida de la salud.

Cualquier dolor experimentado como soledad, aislamiento o desamparo, se trata de una pérdida significativa, que nos duele. Si al perder aquello uno se siente desasosegado, es porque para uno aquello era valioso. Si al perderlo uno permanece indiferente es porque para uno aquello no valía la pena. Nuestra vida es un tejido de encuentros y despedidas, de soledad y compañía, de rasgaduras y conciliaciones. Y solo es posible negar uno de estos dos aspectos al precio de sentirnos mutilados. Este precio se llama crisis, y la crisis exige ser procesada (Brito, 1994).

¹ COROMINAS, J., y PASCUAL, J.A., Diccionario Crítico Etimológico, p.258.

Para León Grinberg (1983), partiendo de la definición etimológica de duelo, el duelo se aplica tanto al dolor o sufrimiento provocado por la pérdida, como al enorme esfuerzo psíquico que implica recuperar el ligamen con la realidad y el combate librado para desligarse de los aspectos dolorosos provocados por la pérdida y finalmente por asimilar los aspectos positivos y bondadosos de la misma.

2.1.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL DUELO

2.1.2.1. MODELOS PSICOANALÍTICOS

Uno de los primeros autores que comenzó a dar una explicación al fenómeno del duelo fue Sigmund Freud, creador del psicoanálisis. En 1915 publica dos ensayos: “Consideraciones sobre la muerte y la guerra” y “Duelo y Melancolía”, en los cuales trata de explicar cuál es la actitud del hombre ante la muerte y la pérdida. En el primero de ellos Freud habla de que el hombre moderno no es capaz de imaginar su propia muerte, y en el caso de intentarlo lo hace como mero observador; “mostramos una patente inclinación a prescindir de la muerte, a eliminarla de la vida” (Freud, 1915). Esta actitud, según él, empobrece nuestra propia conducta porque evitamos una serie de actividades por el peligro que entrañan.

La época en la que Freud escribe “Duelo y Melancolía” en 1914. La gran guerra acaba de comenzar. La muerte acechaba por todos lados. Un año después, en ese contexto bélico, escribe “Duelo y Melancolía”. Y allí plantea que el duelo es la reacción frente a la pérdida de un objeto, que al comienzo se produce una renuencia a aceptar esa pérdida, que luego viene el trabajo de desinvertimiento pieza por pieza de todo lo que recuerde al objeto perdido y, por último, que si las cosas salen bien, el yo quedará libre y desinhibido para invertir un nuevo objeto que sustituya al que ya no está.

En este escrito Freud plantea una diferencia entre el duelo y la melancolía. Para él el duelo es “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.”², también plantea que aunque el duelo genere cambios considerables en la vida del sujeto no es considerado como estado patológico, es por esto que Freud lo llama “un afecto normal”³. Las características del duelo que plantea son: pérdida de interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad para elegir un nuevo objeto de amor y el alejamiento de cualquier actividad que no tenga relación con el muerto. Todo

² FREUD, S., Duelo y Melancolía, p.241.

³ Idem.

este cuadro se complementa con el insomnio, la falta de alimentación y el deseo de no aferrarse a la vida. La persona en duelo también se reprocha constantemente y si se escuchan con atención los reproches nos podremos dar cuenta de que coinciden muy poco con su persona, pero muchas veces se adecuan con la persona que ha perdido; es decir, todo lo “que dicen de sí mismos en el fondo lo dicen de otro”⁴.

Para Freud el desenlace normal de una pérdida es el quitar la libido del objeto perdido y desplazarla a uno nuevo, este proceso es lento y para ejecutarlo es preciso ir paso a paso.

Melanie Klein plantea una explicación del duelo en los niños, para ella el niño experimenta duelos tempranos que posteriormente se reviven en la vida cuando ese sujeto vivencia algo penoso.

Klein sitúa estos duelos tempranos en la etapa de la posición depresiva. En esta etapa el objeto de duelo es el pecho de la madre y todo lo que éste ha llegado a ser para el niño: “amor, bondad y seguridad”⁵. El niño experimenta sentimientos de culpa ya que siente que sus pérdidas se deben a su voracidad y a sus fantasías e impulsos destructivos en contra del pecho de la madre, hermanos y hermanas a los que ataca dentro del cuerpo de la madre. El niño experimenta dolor y preocupación por “la pérdida temida de los objetos buenos”⁶. En el desarrollo normal el niño resuelve este dolor.

Conforme el niño va creciendo y de acuerdo con las relaciones que va experimentando, aparece un proceso de internalización. En dicho proceso el niño incorpora a las personas vivas con las que tiene relación (padres, hermanos, etc.) dentro de su cuerpo; de esta forma edifica un mundo interno en su inconsciente; este mundo está formado por sus experiencias del mundo exterior y por sus fantasías e impulsos.

Las figuras internas y externas del niño están ligadas, por lo que las alegrías que vive a través de sus relaciones son pruebas de “que los objetos amados, dentro y fuera de su cuerpo, no están dañados y no se transformarán en personas vengadoras”⁷. El aumento de este tipo de experiencias ayuda al niño a vencer su depresión y su duelo (sentimiento de pérdida). En el proceso contrario, las experiencias desagradables y la falta de experiencias gratas “aumenta la ambivalencia, disminuye la confianza y la esperanza y confirma sus ansiedades sobre la

⁴ Ibidem, p.246.

⁵ KLEIN, M., El Duelo y su relación con los Estados Maníaco-Depresivos, p.280.

⁶ Idem.

⁷ Ibidem, p.281.

aniquilación interna y la persecución externa”⁸ esto a la larga produce la falta de seguridad interior.

Para esta autora, en el duelo la pena por la pérdida de la persona amada está aumentada por “las fantasías inconscientes de haber perdido también los objetos buenos internos”⁹. Esto produce el sentimiento de que predominan los objetos internos malos. La pérdida del objeto amado conduce a la persona a reinstalar en el yo ese objeto amado y junto con él reinstala a sus objetos buenos internalizados. Cuando se pierde a la persona amada se presenta una sensación de estar destruido, por lo que se reactiva la posición depresiva temprana.

El mayor peligro para el sujeto en duelo es la vuelta contra sí mismo del odio hacia la persona amada perdida. Una forma de expresar ese odio es sentir la muerte como una victoria, y esto trae un aumento de la culpabilidad. De acuerdo con Klein para que el sujeto en duelo se alivie es necesario que recuerde la bondad y las buenas cualidades de la persona perdida, esto produce tranquilidad ya que el sujeto conserva su objeto de amor idealizado.

Para vencer el duelo es necesario que el sujeto recupere la confianza en los objetos externos, ya que “sólo así puede no perder la confianza y la fe en él (objeto perdido), ni temer su venganza”¹⁰.

Cuando el adulto experimenta un dolor real por una pérdida real, lo que le ayuda a vencer ese dolor es el “haber establecido en sus primeros años, una buena imago de la madre dentro de él”¹¹. En el duelo normal la posición depresiva temprana se modifica una vez más y se vence por métodos similares a los que usó el yo en la infancia. En el duelo normal, el sujeto “reintroyecta y reinstala tanto a la persona real perdida, como a sus padres amados que sintió como objetos internos buenos... la reconstrucción del mundo interno da la pauta del éxito de la labor de duelo”¹².

El paso por el duelo exige el planteamiento de varios tiempos de posicionamiento.

Para Lacan, en el primer tiempo ante la pérdida en lo real, la primera respuesta del sujeto es la renuencia a aceptarla, se presenta “la renegación – *verleugnung*”¹³. Freud habla de que el

⁸ Ibidem, p.282.

⁹ Ibidem, p.287.

¹⁰ Ibidem, p.289.

¹¹ Ibidem, p.295.

¹² Ibidem, p.296.

¹³ LACAN, J., La angustia. Seminario X. Clase del 28 de noviembre de 1962, p.22.

fenómeno de la alucinación se presenta como salida para retener al objeto, pero a costa de apartarse de la realidad.

Freud explica claramente lo que ocurre en este primer tiempo: "El examen de realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe más, y de él emana ahora la exhortación de quitar toda libido de sus enlaces con ese objeto. A ello se opone una comprensible renuencia; universalmente se observa que el hombre no abandona de buen grado una posición libidinal, ni aún cuando su sustituto ya asoma"¹⁴. Podemos pensar que este primer tiempo supone una renegación de la pérdida, es una posición renegatoria del sujeto frente a una realidad insoportable.

Jean Allouch realiza una objeción a este primer tiempo, explica que "El recién enlutado (como se dice <<recién casado>>) cree reencontrar, en un momento y en un lugar imprevistos para él, por ejemplo caminando por la vereda, o sentado en un auto con el que se cruza, o en una reunión en la que participa, aunque parezca imposible, al ser que acaba de morir. Esa presencia, esa vida le <<salta al rostro>>, apabullante sorpresa que enseguida le provoca como una extrema felicidad, como una felicidad que llega hasta el rapto"¹⁵. Ya que esto sólo se mantiene un instante Allouch explica que en estos primeros momentos que siguen a una pérdida el muerto, desde el punto de vista de la realidad, "lejos de tener ese estatuto de inexistente cuya misma inexistencia estaría adquirida hasta permitir basarse en ella para fundar decisivamente su duelo, el muerto es, como por otra parte se lo llama, un desaparecido"¹⁶. Como podemos ver plantea una diferencia entre inexistente y desaparecido, ya que el desaparecido es alguien que puede reaparecer en cualquier momento y lugar. Vemos entonces que en este primer tiempo del duelo el objeto perdido tiene el estatuto de desaparecido pero no de inexistente.

En el segundo tiempo del duelo aparece el trabajo de simbolización, el cual implica un alto gasto de energía, de investidura y de tiempo. Este movimiento permite ir aceptando que el objeto amado investido libidinalmente ya no está, "es el examen de la realidad que posibilita que se retire la libido adherida al objeto, ya que no hay matriz ni perceptiva ni sensorial que corresponda al anhelo"¹⁷.

En este segundo tiempo, Freud plantea que la orden que imparte la realidad, es decir, quitar la libido de sus enlaces con el objeto perdido, no puede cumplirse enseguida. "Se ejecuta

¹⁴ FREUD, S. op.cit, p.242.

¹⁵ ALLOUCH, J., Erótica del duelo en el tiempo de la muerte seca, p.73.

¹⁶ Ibidem, p.74.

¹⁷ BAUAB, A. p.23.

pieza por pieza, con un gran gasto de tiempo y de energía de investidura, y entretanto la existencia del objeto perdido continúa en lo psíquico"¹⁸.

Este segundo tiempo es esencial porque es la parte más dolorosa, es el tiempo en el que el dolor se manifiesta en su peor vertiente. Diría incluso que en el momento inmediato que sigue a la pérdida de un ser querido lo que prima es la conmoción, el trauma, pero el núcleo más insoportable del dolor se manifiesta en este segundo tiempo. En este segundo tiempo, la certidumbre de que el muerto ya no volverá es lo que acrecienta el paso al dolor más extremo.

¿Qué pasa si este trabajo de simbolización no puede llevarse a cabo? ¿Qué consecuencias puede haber si un sujeto queda detenido en este segundo tiempo del duelo? Allí se forma un terreno proclive para la depresión, los fenómenos psicossomáticos, los actings, los accidentes, etc. Por lo tanto es de vital importancia poder avanzar en el trabajo del duelo. Ahora bien, esto no se hace en soledad. "Este es un punto problemático del planteamiento freudiano, ya que el padre del psicoanálisis ubica al duelo sólo como un acto privado, dejando fuera de consideración la función del público y de la comunidad en los ritos necesarios para este proceso"¹⁹.

Hay que precisar que los ritos, según Lacan, tienen la función de "Hacer coincidir la hiancia abierta por el duelo –eso que había llamado agujero en lo real- con la hiancia mayor, la falta simbólica"²⁰. Se trata de inscribir y localizar nuevamente la falta en la estructura. También explica que los ritos funerarios, si bien tienen una esfera íntima y privada, requieren también de una tramitación a nivel público, a nivel de la comunidad.

El tercer tiempo se refiere al *fin* del duelo. Freud plantea que la solución del duelo es la sustitución del objeto perdido. En el texto de Duelo y melancolía afirma que "una vez cumplido el trabajo del duelo el yo queda libre y desinhibido"²¹. Es decir, que al final del duelo el yo queda sin inhibiciones, listo para investir otro objeto que sustituya al perdido.

En este tercer tiempo el sujeto se encuentra en una posición activa de consumir por segunda vez la pérdida, perdiendo en lo simbólico lo que había perdido en lo real. "Este movimiento permite la modificación de los lazos con el objeto perdido, la separación y el investimento libidinal de otros objetos sustituyendo al ausente"²²

¹⁸ FREUD, S. op.cit, p.p.242 – 243.

¹⁹ CORTAZZO, W., Los tiempos del duelo en el contexto de la muerte pornográfica, Revista Acheronta.

²⁰ LACAN, J., op. cit.

²¹ FREUD, S., op. cit, p.243.

²² BAUAB, A., op. cit, p.24.

2.1.2.2. MODELOS COGNITIVO CONDUCTUALES

En 1944 Erich Lindemann publica un artículo que se ha convertido en un clásico en la literatura sobre el duelo: "Síntomatología y Manejo del Duelo Agudo". En este artículo define al duelo como un síndrome específico, describe sus manifestaciones y habla de este fenómeno como un "proceso". Entiende al duelo como la "emancipación de los lazos existentes con la persona fallecida, la readaptación al medio ambiente en el cual se perdió a la persona y la formación de nuevas relaciones"²³.

Los puntos que desarrolla son:

- El duelo agudo es un síndrome definido con sintomatología psicológica y somática.
- Este síndrome puede aparecer inmediatamente después de la crisis, puede ser pospuesto, exagerado o permanecer ausente.
- En lugar del síndrome tónico pueden aparecer cuadros distorsionados, cada uno de los cuales representa un aspecto especial del síndrome del duelo.
- Mediante técnicas apropiadas estos cuadros distorsionados pueden ser exitosamente transformados en la reacción normal al duelo, llegándose a su resolución.

La sintomatología del duelo normal, según Lindemann (1944), se agrupa en 5 categorías distintas:

- a) Alteraciones somáticas.
- b) Preocupación por la imagen del muerto.
- c) Culpa.
- d) Reacciones hostiles.
- e) Pérdida de patrones de conducta.

Lindemann (1944) describió el curso clínico del duelo de la siguiente manera, los síntomas mayores del "estrés somático" es un fenómeno que ocurre en oleadas de 20 minutos a una hora y consisten en una sensación de ahogo, opresión, necesidad de suspirar, sensación de vacío en el abdomen, debilidad muscular y una intensa angustia subjetiva experimentada como tensión o dolor mental. Tales oleadas pueden ser desencadenadas al oír hablar del muerto o recibir las condolencias, la preocupación con la imagen del difunto (que puede acompañarse de un ligero sentimiento de irrealidad), culpa, hostilidad, pérdida de los patrones usuales de conducta y asumir los síntomas o rasgos del difunto.

²³ LINDEMANN, E., Symptomatology and management of acute grief, en American Journal of Psychiatry, 101, p.147.

Otro autor es James Worden (1982), él habla de un proceso de cuatro tareas que se deben completar para dar por terminado el proceso del duelo. Su enfoque es muy parecido al de Kübler-Ross. Mantiene que la intervención es en muchos casos necesaria para que se pueda completar el proceso del duelo. Sostiene que de no completarse estas cuatro tareas se presentará un duelo patológico.

Primera Tarea. Aceptar la realidad de la pérdida. La persona que sufre la pérdida debe aceptar que ésta es irreversible. Necesita pasar primero por una etapa de rechazo. Los servicios funerarios generalmente ayudan a que la pérdida se convierta en algo real para la persona. Generalmente ayuda que la persona hable de la muerte, porque esto hace que se enfrente a su realidad.

Segunda Tarea. Viviendo el dolor de la pérdida. Esta tarea es difícil porque obliga al doliente a ponerse en contacto con sus emociones. Todos pasamos por un cierto nivel de dolor a la hora de sufrir una muerte. Esta tarea también se dificulta porque la sociedad nos obliga a ocultar nuestros sentimientos y a no hablar de ellos. Es importante que las personas superen esta etapa porque generalmente involucra sentimientos de culpabilidad y de ira.

Tercera Tarea. Adaptación al medio ambiente sin el difunto. Esta tarea es complicada porque muchas veces no nos damos cuenta de el número de roles que desempeñaba la persona que murió. Es importante evitar los sentimientos de desamparo porque estos dificultan el desarrollo de la persona.

Cuarta Tarea. Retirar la energía emocional del difunto y reinvertirla en una nueva relación. Esta es la tarea más difícil de las cuatro. Las personas tienen mucho miedo de formar nuevas relaciones porque temen deshonrar al difunto. Para lograr esta tarea se deben dar cuenta que pueden amar a otra persona sin olvidar o dejar de amar al difunto.

Worden sugiere que la manera en que podemos comprobar si se ha logrado cumplir con las cuatro tareas es sí el doliente puede hablar de su pérdida sin dolor. Siempre va a sentir tristeza porque ya no tiene a una persona querida, pero ya no es un dolor que le imposibilita vivir o amar a otros.

John Bowlby, es un psicólogo inglés que formula sus propios conceptos acerca del duelo (1983). Perteneciente a la Teoría del Apego, Bowlby intenta esclarecer el proceso que lleva a cabo el doliente desde que se da la pérdida como tal, hasta el momento en que se puede decir que la persona ha liberado de toda restricción a su yo. Este proceso ha sido dividido, bajo éste enfoque, en cuatro fases principales:

1. Fase de Embotamiento. Su duración puede ser de unas cuantas horas hasta una semana. Puede ser interrumpida por descargas de aflicción o ansiedad extremadamente intensas. La reacción ante la noticia de la muerte del ser querido es de aturdimiento e

incapacidad para aceptar la noticia. Generalmente se permanece sereno por unas semanas antes de una violenta descarga de extrema emoción.

2. Fase de Anhelo y Búsqueda de la Figura Perdida. Su duración puede ser de varios meses y frecuentemente años. Gradualmente se comienza a tomar conciencia de la pérdida y entonces se inicia la búsqueda del ser perdido. Se tiene la sensación de que aún está presente y se interpretan distintos estímulos (ruidos, personas desconocidas, etc.) como provenientes del ser amado. Esta tendencia puede ser o no ser conciente, y en ocasiones se intenta rechazar por absurda, pero la persona no deja de sentirse impulsada a buscar y recuperar, si es posible, lo perdido.

Esta tendencia a la búsqueda puede poseer componentes ideáticos y perceptivos, tales como:

- a) Movimiento incesante por el entorno y búsqueda con la mirada.
- b) Pensar intensamente en la persona perdida.
- c) Establecer un “conjunto perceptivo” correspondiente a dicha persona, es decir, una disposición a percibir y prestar atención a cualquier estímulo que sugiera su presencia e ignorar aquellos otros que no pueden referirse a esta finalidad.
- d) Dirigir la atención aquellas partes del entorno en las que es probable que pueda estar la persona perdida.
- e) Llamarla.

El llanto y la ira se interpretan como elementos de esta búsqueda compulsiva, aunque frecuentemente la ira es reprimida como algo vergonzoso. Es muy común su aparición, tanto dirigida al propio ser perdido, como desviada hacia otra persona (parientes, médico, sacerdote, etc.). Frecuentemente los clínicos pretenden que se supere esta etapa con relativa rapidez, sin embargo se ha demostrado que, incluso al término de un año, esto no es así.

3. Fase de desorganización y Desesperación. Para Bowlby (1983) resulta casi inevitable que quien ha sufrido una pérdida sienta que nada podrá salvarse y caiga en la depresión y la apatía. Esto debido, fundamentalmente, a que el papel desempeñado hasta el momento del deceso se ve modificado al asumir nuevas responsabilidades. Los patrones previos de pensamiento, sentimiento y acción se ven rebasados por la realidad debiendo examinar la nueva situación en que se encuentra y considerar las posibles alternativas para enfrentarla, lo que implica una nueva definición de si mismo y de su situación.

4. Fase de Reorganización. Sólo si se tolera el anhelo, la búsqueda, el análisis incansable de la pérdida y el enojo contra todo aquel que pudo haber sido responsable, se llega en forma gradual a reconocer y aceptar que la pérdida es permanente y que debe dar lugar a una nueva forma de vida. Aunque muy oculta por la emoción, la redefinición de si mismo y de la situación no implica una mera liberación de afecto sino un acto cognitivo alrededor del cual gira

todo lo demás; hasta que no se logra esa nueva definición no pueden trazarse planes para el futuro.

Bowlby (1986) plantea que es importante el papel que desempeñan los amigos y parientes como apoyo en la expresión de los sentimientos. Así mismo dice que los psiquiatras en general están de acuerdo en que para una adecuada solución del duelo es necesario que se expresen los sentimientos de pena. El papel del terapeuta es el de escuchar y enfatizar aquellos puntos donde el mismo sujeto exprese una solución o una vuelta a la realidad, ya que resulta innecesario tratar de centrarlo en la realidad, porque esto lo hace el sujeto mismo ayudado por su entorno. Finalmente Bowlby (1986) plantea que, tanto el niño como el adulto, precisan de la ayuda de otra persona en la cual confíen para recuperarse.

2.1.2.3. MODELOS HUMANISTAS

Elizabeth Kübler-Ross (2005), a quien se le considera la madre de la psicología de la pérdida y la muerte, tiene un enfoque humanista sin desligarse por completo de la teoría psicoanalítica. Propone que “en nuestro inconsciente solo podemos ser asesinados. No podemos morir por una causa natural o por vejez. Por lo tanto la muerte está relacionada con un acto de maldad, un acontecimiento aterrador que exige una pena y un castigo”²⁴. Esto, aunado a que el tema de la muerte es tabú en nuestra sociedad, impide, en muchas ocasiones que el duelo se resuelva satisfactoriamente.

Kübler-Ross señala que el proceso de dolor siempre va acompañado de un sentimiento de ira. Este, es difícil de aceptar porque, aunque es parte del proceso, es rechazado por la sociedad. Por lo tanto, las personas optan por suprimir este sentimiento y por lo general termina manifestándose de otra manera complicando el duelo.

La actitud hacia la muerte más predominante es la del rechazo. Cuando se le informa a un paciente que tiene una enfermedad terminal, su primera reacción es de negación. Esto se debe tanto a nuestro inconsciente como a la sociedad en la que vivimos. El tema de la muerte y el dolor es tan poco conocido por nosotros que cuando nos enfrentamos a él no nos queda más que rechazarlo.

Kübler-Ross aclara que una vez que los pacientes terminales son informados acerca de su situación, pasan por cinco fases o mecanismos de reacción de los cuales todos podemos

²⁴ KÜBLER-ROSS, E., Sobre la muerte y los moribundos, p.16.

aprender. Es importante mencionar que las personas que sufren una pérdida pasan por estas mismas cinco fases, aunque con ligeras diferencias.

Primera Fase. Negación y Aislamiento. La primera reacción, tanto de pacientes terminales como de personas que sufren una pérdida, es de negación. No pueden aceptar que esto “les está ocurriendo a ellos. Por lo general piensan que la gente que les está informando de su situación está en un error”²⁵.

Es importante no tratar de empujar al paciente o al doliente a que acepten su situación en ese momento. Es una fase por la cual se debe pasar y el paciente o doliente necesitan tiempo para salir de ésta.

Segunda Fase. Ira. La fase de ira se distingue por una serie de sentimientos de rabia, envidia y resentimiento. El paciente o doliente se da cuenta de que en verdad le está ocurriendo esto a él y su siguiente pregunta es “¿por qué yo?”. Es importante no tomar este enojo como algo personal, es una etapa difícil por la cual se tiene que pasar y el paciente o doliente necesitan comprensión.

Tercera Fase. Pacto. Esta tercera fase es importante porque demuestra un interés por buscar otra salida. El pacto se basa en que el paciente desahuciado o el doliente piensan que existe “una ligera posibilidad de que se le recompense por su buena conducta y se le conceda un deseo teniendo en cuenta sus especiales servicios”²⁶. En realidad el pacto es un intento de posponer los hechos; incluye un premio “a la buena conducta”, además “fija un plazo de vencimiento impuesto por uno mismo y la promesa implícita de que el paciente no pedirá nada más si se le concede esta petición”²⁷ que generalmente consiste en una prolongación de la vida, propia o del ser querido, o por lo menos, pasar unos días sin dolor o molestias físicas. La mayoría de pactos se hacen con Dios y generalmente se guardan en secreto o se dicen entre líneas. Esta fase saca a relucir sentimientos de culpabilidad que van ocultos en las promesas. Por esto es importante escuchar al paciente o doliente durante esta fase para aminorar los sentimientos de culpabilidad.

Cuarta Fase. Depresión. En esta fase, la inestabilidad del paciente es sustituida por una gran sensación de pérdida, la cual provoca una gran depresión. El paciente está a punto de perder todas las cosas y personas que quiere. Si se le permite expresar su dolor, encontrará mucho más fácil la aceptación final. Cuando es el caso de un doliente, éste se da cuenta de todo lo que ha perdido a causa de su situación actual. Es necesario dejar que el paciente o doliente sufran para que puedan pasar a la fase final.

²⁵ Ibidem, p.60.

²⁶ Ibidem, p.112.

²⁷ Ibidem, p.113.

Quinta Fase. Aceptación. El paciente o doliente llega a esta fase ya con cierta tranquilidad. Si se le ayuda a pasar por las otras cuatro fases llegará a la quinta con un sentimiento de paz. Enfrentará su muerte o su pérdida ya sin los sentimientos de culpa o ira.

Kübler-Ross describe claramente, al hablar de estas cinco fases, la importancia que tiene la intervención de un profesional de la salud.

Stephen Tobin (1975), representante del punto de vista de la Psicología Gestalt, entiende el duelo como lo que él llama “la reacción de agarrarse”. Esta reacción es el resultado del fracaso en despedirse o concluir con una relación que termina, ya sea por muerte, por divorcio o por separación. La reacción a la pérdida de una persona amada es un periodo bastante largo de pena y dolor, seguido por un renacer del interés por las personas vivas y las cosas en general. Presumiblemente, la reacción adaptativa a la pérdida de una persona odiada sería una sensación de alivio. La reacción de agarrarse tiene por objeto inhibir las emociones suscitadas por la pérdida y mantener presente a la persona en la fantasía.

Para Raphael (1983) el duelo es la reacción a la pérdida de una relación cercana y se compone de reacciones emotivas complejas e interrelacionadas entre sí, que incluyen tristeza, coraje, impotencia, culpa, etc. Entiende el duelo como un proceso en el cual el doliente gradualmente se separa de los lazos psicológicos que lo unen con la persona fallecida.

2.1.2.4. MODELOS EXISTENCIALES

Bajo un punto de vista existencial podemos ubicar a Irvin Yalom (2000), quien define la importancia del tema de la muerte bajo dos proposiciones básicas:

“1. Vida y muerte son interdependientes, existen en forma simultánea y no consecutiva”²⁸. Aunque el hecho físico de la muerte destruya al hombre, la idea le salva. Retoma las ideas de Heidegger (1926, citado por Yalom, 2000) según el cual, el hombre tiene dos formas fundamentales de existir, una de descuido de si mismo, y otra de cuidado de si mismo, bajo la cual, el hombre tiene plena conciencia de sí, se enfrenta a la libertad absoluta y a la nada, y experimenta angustia frente a las dos. Heidegger entendía que el hombre debía “actuar” para poder llevar a cabo este estado de autocuidado, no era por medio de la contemplación o la elucubración que se llagaba a él, sino por medio de la acción. Hay ciertas condiciones inalterables e irremediables, ciertas experiencias “urgentes” que nos conmueven y sacan de nuestro anterior estado de existencia cotidiana para llevarnos al superior. Entre estas

²⁸ YALOM, I., Psicoterapia existencial y terapia de grupo, p.210.

experiencias (a las que Jaspers llamó posteriormente situaciones “límite”) la muerte es incomparable: es la condición que nos permite vivir de manera auténtica (ambos citados por Quitman, 1989).

“2. La muerte es una fuente de angustia, y como tal, de psicopatología”²⁹. Esta última es la resultante de la angustia y de las defensas que el individuo desarrolla frente a ella. El miedo a morir es permanente y de tal magnitud que una parte considerable de la propia energía vital se consume en la tarea de negar la muerte. Uno de los afanes básicos del ser humano es intentar trascender.

Según Lifton (1982, citado por Yalom, 2000) el hombre ha desarrollado distintos modos de alcanzar simbólicamente la inmortalidad:

- a) Modo Biológico- a través de la propia descendencia.
- b) Modo Teológico- consiste en vivir en un plano más elevado de la existencia.
- c) Modo Creativo- a través de las propias obras.
- d) Modo de la Eterna Naturaleza- se sobrevive a través de una integración con las fuerzas de la naturaleza.
- e) Modo Trascendental de la Existencia- perdiéndose en un estado tan intenso que el tiempo y la muerte desaparecen, y se vive en un “presente eterno”.

Aunque la angustia ante la muerte se conforma de una serie de temores parciales, el vértice de todos ellos es el miedo a la “extinción del ser” (Kastenbaum, 1976). Sin embargo, como éste es ilocalizable e incomprensible se le desplaza hacia “algo” para poder así defenderse de ese algo.

En general en los enfoques revisados, podemos notar que el duelo más que un estado es un proceso por el cual atraviesa la persona. Esto nos remite a un factor de temporalidad en el cual se presentan distintas etapas y reacciones complejas. Esto nos hace pensar que en el desarrollo de este proceso se van sucediendo una serie de cambios que es necesario tomar en cuenta para poder entender la naturaleza del duelo y saber como podemos enfrentarnos a él.

²⁹ Idem.

2.2. EL PROCESO DEL DUELO

El duelo se concibe como un proceso, una serie de pasos que se llevan a cabo, no necesariamente de una forma lineal, ni en una secuencia ordenada y única, aunque al parecer cada una de las etapas conlleva el logro o adquisición de ciertas pautas cognitivas, emotivas y conductuales particulares.

Actualmente existen diversas definiciones del duelo y, como resultado de ello, muchos puntos de vista sobre el tema, por lo tanto existen distintas descripciones del mismo proceso, es por esto que cada autor plantea una división en fases que corresponde a su punto de vista. Sin embargo todos coinciden en las manifestaciones físicas, emocionales, cognoscitivas y conductuales que se presentan a lo largo del proceso, es por esto que a continuación presento un listado de las diferentes fases planteadas por diversos autores.

Lindemann	1944	1. Shock/Incredulidad, 2. Aflicción aguda, 3. Reanudación de la vida diaria, 4. Disminución de la imagen de estar muerto.
Ángel	1964	1. Shock e incredulidad, 2. Desarrollo de la conciencia de pérdida, 3. Restitución, 4. Resolución de la pérdida, 5. Idealización, 6. Resultado.
Kübler-Ross	1969	1. Negación, 2. Ira, 3. Pacto, 4. Depresión, 5. Aceptación.
Horowitz	1976	1. Protesta, negación, 2. Intrusión, 3. Obtención, 4. Conclusión.
Schulz	1978	1. Inicial, 2. Intermedia, 3. Recuperación.
Davidson	1979	1. Shock e insensibilidad, 2. Búsqueda y ansiedad, 3. Desorientación, 4. Reorganización.
Bowlby	1980	1. Embotamiento, 2. Anhelos y búsqueda, 3. Desorganización y desesperanza, 4. Reorganización.
Backer et. al.	1982	1. Ansiedad, 2: Ira y culpabilidad, 3. Desorganización.
Martocchio	1985	1. Shock e incredulidad, 2. Anhelos y protesta, 3. Angustia, desorganización y desesperación, 4. Identificación, 5. Reorganización y restitución.
Deslisle-Lapierre	1984	1. Crítica, 2. Crucial, 3. Creadora.
Clark	1984	1. Negación e incredulidad, 2. Aceptación creciente de la pérdida, 3. Restitución y recuperación.
D'Angelico	1990	1. Shock/Negación, 2. Ira/Depresión,

2.2.1. NEGACIÓN

Sigmund Freud (1915) señala la negación como uno de los elementos importantes en el duelo. Explica que el inconsciente no favorece la creencia en la propia muerte, ya que este no conoce ninguna negación. Por lo tanto el hombre no cree en su propia muerte; cuando alguno de nuestros seres queridos es el que muere, es como si una parte de nuestro yo muriera y por lo tanto también se le niega. A partir de aquí es que se desarrolla la creencia en el más allá, según Freud (1915). Incluso él afirma que la oposición entre el yo y la realidad puede llegar al punto de ser ignorada la última y darse un alejamiento de esta con tal de conservar la existencia psíquica del objeto perdido.

La negación como inicio del proceso del duelo es uno de los elementos que la mayoría de los autores coinciden en señalar como importante (Klein, 1940; Kübler-Ross, 1969; Parkes, 1972; Grinberg, 1983; Worden, 1982).

William Worden (1982) dice que cuando una persona muere, aun si la muerte es esperada, siempre existe la sensación de que ésta no ha ocurrido. Mucha gente que se enfrenta a una pérdida tiende a llamar a la persona muerta o a confundir a otras personas en la calle. La negación puede darse de distintas formas y a distintos niveles, pero lo mas frecuente es que se dé sobre el significado de la muerte, la irreversibilidad de la pérdida o el hecho de la muerte misma (Dorpat, 1973; citado por Worden, 1982).

Negar el hecho de la muerte en sí, puede variar de una leve distorsión de la realidad, a una total negación (Worden, 1982). Una de las formas más comunes de negación es lo que Geoffrey Gorer llama "momificación"; esta consiste en conservar posesiones del muerto de tal manera que este pueda volver a usarlos cuando regrese (1965, citado por Lichzsjant, 1979).

Otra forma en la cual la persona se protege de la realidad es negando el significado de la pérdida. Esta puede ser vista como menos significativa de lo que realmente es, minimizando la importancia de la persona perdida para el doliente. Worden piensa que otra forma más de negar la muerte es por medio del espiritismo. La esperanza de reunirse con el muerto en otra vida, es un sentimiento normal en los primeros días después de la muerte, pero la esperanza sostenida y crónica en esta "reunión" no es normal.

Raphael (1983) afirma que la primera reacción a la pérdida de un ser querido es una sensación de irrealidad, como si lo que ha sucedido no pudiera ser realidad. Existe la sensación de estar soñando o de estar en una pesadilla de la cual tarde o temprano se despertará. “Puede ser que el yo cierra sus fronteras y defensas en contra del trauma que se percibe como insoportable y peligroso para la supervivencia. Estos momentos de aturdimiento dan tiempo a que el yo movilice sus recursos para que la pérdida pueda ser manejada gradualmente y con mayor control por parte del yo”³⁰.

Parkes (1972) coincide en que la primera reacción a la noticia de la pérdida es una sensación de “aturdimiento” o “embotamiento” en la cual no se puede creer en la veracidad de la noticia. No necesariamente se da en el momento de la noticia, pero usualmente se presenta en los primeros minutos y puede durar algunas horas o algunos días. Durante el periodo de embotamiento pueden ocurrir episodios de extremo dolor o llanto, o la persona se siente “enferma”. Parkes piensa que ésta sensación de embotamiento permanece hasta que la persona está preparada para enfrentarse a la tensión de la pérdida.

En algunas ocasiones puede darse que la persona no crea en la noticia de la pérdida, pensando que se trata de un error y no es sino hasta que se ve el cadáver de la persona amada que se cree en la muerte. Otra de las manifestaciones de este embotamiento es el actuar de una manera automática y despersonalizada, durante la cual la persona vive una sensación de irrealidad como si esto no le ocurriera (Parkes, 1972).

Kübler-Ross (2005) piensa que “la primera reacción ante la noticia de la pérdida es siempre la negación”³¹. Ella considera que es una manera sana de enfocar una situación incómoda y dolorosa en la que se tendrá que vivir por mucho tiempo. La negación funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, permite que el paciente se recobre y que, con el tiempo, movilice otras defensas menos radicales. Generalmente la negación es una defensa provisional y pronto es sustituida por una aceptación parcial.

Kastenbaum (1976), en un marco teórico conductual, piensa que la actitud más generalizada hacia la muerte es el miedo. Habla de éste como la respuesta más común al estímulo de la muerte. Piensa que la actitud social prevaleciente es que este miedo es inaceptable. La no-aceptación del miedo a la muerte puede ser expresada en el hecho de que se piensa que una persona madura no debería temer a la muerte. No es adecuado tener miedo, y si

³⁰ RAPHAEL, B., The anatomy of bereavement, p.48.

³¹ KÜBLER-ROSS, op. cit., p.60.

se tiene, se califica a la persona como inmadura, infantil o débil. Dependiendo del marco de referencia, el miedo a la muerte es visto como una manifestación de psicopatología, poca voluntad o falta de fe.

Kalish (1985) define la negación como el mecanismo de defensa o el proceso inconsciente que consiste en la negativa a admitir las impresiones reales y las percepciones como emocionalmente significativas. La negación es distinta de la evasión en el sentido de que la primera, por definición, es inconsciente. La causa de que se presente la negación, según Kalish, es que, para algunas personas bajo ciertas condiciones, la muerte es demasiado dolorosa para ser aceptada. Ya que no podemos borrar por completo el hecho de que la muerte es real, inconscientemente encontramos la forma de aislarnos del impacto emocional que trae consigo. Para esto puede ser necesario evitar estar en contacto con cualquier cosa que nos recuerde a la muerte, o incluso mencionarla en una conversación.

2.2.2. MANIFESTACIONES NORMALES DEL DUELO

Lindemann (1944) piensa que las personas que se enfrentan al duelo siguen un patrón uniforme, el cual describe, como un síndrome, de la siguiente manera: "Sensaciones de angustia física que se presentan en periodos de 20 minutos a una hora, sensación de opresión en el pecho, asfixia con dificultad para respirar, necesidad de suspirar y una sensación de vacío en el abdomen, falta de fuerza muscular y una intensa angustia subjetiva descrita como tensión o dolor psíquico"³². El paciente aprende pronto que estos episodios de angustia pueden precipitarse por las visitas, por mencionar al muerto y/o por recibir las condolencias de los demás. Hay una tendencia a evitar el síndrome a cualquier costo, rechazar las visitas, al menos aquellas que puedan precipitar la reacción, y a evitar deliberadamente cualquier referencia al muerto o a la pérdida.

Lindemann (1994) fue el primero en definir un síndrome específico en el duelo; más tarde se han hecho múltiples investigaciones que nos dan una idea más completa sobre las expresiones normales de una persona que se encuentra en el proceso de duelo.

³² LINDEMANN, E., op. cit., p.148.

2.2.3. EXPRESIONES FÍSICAS

Colin Murray Parkes (1972) se refiere a las reacciones descritas por Lindemann como normales e indica que esta es la respuesta más característica ante la pérdida. Añade el llanto y los sollozos a la descripción, y dice que comienza poco tiempo después de la muerte o la pérdida (de unas horas a unos días más tarde) y su duración va de unos cuantos días a dos semanas. Con el tiempo este síndrome se presenta menos frecuentemente y se puede repetir en los aniversarios y/o fechas especiales. En los casos en que no se presentan estas reacciones, la persona frecuentemente se siente aturdida, es decir, se percibe a sí misma con sentimientos inadecuados o sin ninguna emoción (Parkes, 1972).

William Worden (1982) describe una serie de manifestaciones físicas basándose en Lindemann. Este autor habla de "sensaciones corporales": 1) Sensación de vacío en el estómago, 2) Opresión en el pecho, 3) Opresión en la garganta, 4) Sensibilidad aumentada al ruido, 5) Sensación de despersonalización, 6) Sensación de asfixia o falta de respiración, 7) Debilidad muscular, 8) Boca seca.

Kalish (1985) define una serie de problemas de salud física que se pueden presentar asociados al duelo. En un estudio de 4 500 viudas mayores de 54 años encontró un aumento en la tasa de mortalidad en los 6 meses siguientes a la pérdida del esposo; pasado este tiempo se vio que la tasa de mortalidad volvía a los niveles normales para su grupo de edad (Young, Benjamín y Wallis, 1963; citado por Kalish, 1985). En un análisis posterior se encontró que la mayor parte de las muertes eran debidas a afecciones cardíacas (Parkes, Benjamín y Fitzgerald, 1969; citado por Kalish, 1985).

Según Kalish la reacción que presentan los niños a la separación puede darnos una explicación a este fenómeno. Está bien documentado que los niños que viven en instituciones presentan un alto índice de enfermedades y siguen un patrón de depresión y apatía ante los estímulos externos. Para Schulz (1978) una explicación a este fenómeno es el hecho de que la depresión y la apatía que acompañan al duelo tengan un impacto directo sobre el metabolismo corporal que altera la resistencia del organismo a las enfermedades.

2.2.4. EXPRESIONES EMOCIONALES

Worden (1982) define las manifestaciones emocionales más comunes en el proceso del duelo. Estas son las siguientes:

a) TRISTEZA. La cual va acompañada generalmente de accesos de llanto.

b) RABIA. Esta es experimentada generalmente después de cualquier pérdida y puede ser una de las emociones que provoque más confusión en la persona, así como el origen de muchos problemas en el proceso de duelo. Según Lindemann (1944) existe una marcada tendencia a responder con irritabilidad y coraje, y a no ser molestado por los demás, al mismo tiempo que los amigos y parientes tratan de hacer un esfuerzo por apoyar a la persona.

Para Worden esta rabia puede ser causada por: 1) la frustración de no poder hacer nada para evitar la pérdida, y 2) una especie de experiencia regresiva que se presenta después de perder a alguien cercano (lo que para Bowlby sería la "ansiedad de separación"). La rabia que experimenta la persona necesita ser identificada y dirigida hacia la persona fallecida para poder ser resuelta adecuadamente. Algo que sucede frecuentemente, es que la rabia es desplazada hacia otras personas a las cuales se culpa por la muerte o enfermedad del ser querido o de uno mismo, o incluso, que la rabia sea dirigida contra el propio yo, lo cual podría provocar una conducta suicida (Bowlby, 1986).

c) CULPA. Esta es una experiencia muy común ante la pérdida. Generalmente se manifiesta sobre algo que ocurrió o que no ocurrió en el momento de la pérdida. La mayoría de las veces la culpa es irracional y desaparece ante el juicio de realidad.

Lindemann (1944) dice que esta es una preocupación muy común en la persona que está en duelo, tratando de recordar lo que pudo haber hecho mal antes de la muerte y acusándose a sí mismo de negligencia o exagerando cualquier omisión o error.

d) ANSIEDAD. Worden (1982) afirma que la ansiedad surge de dos fuentes principales: 1) el doliente piensa que no será capaz de sobrevivir sin la persona fallecida y 2) la ansiedad se relaciona con la conciencia de la propia mortalidad. Para Raphael (1983) la ansiedad y la impotencia son afectos poderosos que provocan temor en la persona porque reavivan recuerdos preverbales de experiencias de separación en el primer año de vida, la época en la cual la ansiedad de separación es más intensa.

e) SOLEDAD. Esta se manifiesta más frecuentemente cuando se ha perdido a una persona con la cual existía una relación muy estrecha.

f) **FATIGA.** Lindemann (1944) reporta este síntoma como uno de los más frecuentes en su investigación. Puede ser experimentado como apatía o indiferencia.

g) **DESAMPARO.** Este síntoma está muy relacionado con la ansiedad y se presenta más frecuentemente en las primeras etapas del duelo.

h) **ANHELO.** Parkes (1972) piensa que este es uno de los síntomas más frecuentes en el duelo y que puede ser un indicador de la progresión del duelo.

i) **EMANCIPACIÓN.** Este puede ser un sentimiento positivo después de la muerte.

j) **ALIVIO.** Muchas personas pueden sentirse aliviados después de la muerte de un ser querido, o ante una pérdida, particularmente si han tenido una lenta agonía.

k) **EMBOTAMIENTO.** Muchas personas experimentan una ausencia total de emociones, principalmente en las primeras etapas del duelo. Para Bowlby (1986) la primera reacción ante la noticia de la pérdida de un objeto amado siempre es la de embotamiento.

Worden (1982) hace notar que todas las emociones enumeradas son reacciones normales ante alguna pérdida.

2.2.5. EXPRESIONES COGNOSCITIVAS

a) **INCREDELIDAD.** Frecuentemente este es el primer pensamiento que surge al enterarse de alguna pérdida, especialmente si ésta fue repentina.

b) **CONFUSIÓN.** En las primeras etapas del duelo se presenta dificultad para concentrarse, para ordenar el pensamiento, y el razonamiento es muy confuso.

c) **PREOCUPACIÓN.** Existe un pensamiento obsesivo acerca de la persona muerta o el objeto perdido y específicamente acerca de cómo recuperar tal pérdida. Bowlby (1986) afirma que existe una tendencia a pensar intensamente en el objeto perdido e ignorar cualquier otro tipo de pensamientos.

d) **SENSACIÓN DE PRESENCIA.** Esta es la contraparte cognitiva del anhelo. El doliente puede creer que el difunto todavía está presente en el lugar y tiempo presente. Esto es más intenso en los primeros días después del deceso. Bowlby (1986) piensa que en la etapa de

anhelo y búsqueda de la persona perdida puede darse que el doliente presente una disposición a percibir y prestar atención a cualquier estímulo que sugiera su presencia e ignorar aquellos otros que no pueden referirse a esta finalidad. Raphael (1983) dice que el doliente permanece en un estado de alerta, buscando en el entorno cualquier indicio de la presencia del fallecido, esperando su regreso.

e) ALUCINACIONES. Pueden presentarse del tipo visual y/o auditivo. Generalmente son experiencias transitorias, y se presentan en las primeras semanas después de la pérdida. Raphael (1983) afirma que a pesar de que estas experiencias alucinatorias pueden ser muy confortantes, también provocan mucha angustia porque la persona puede tener la sensación de estar enloqueciendo.

f) NECESIDAD DE BUSCARLE SENTIDO A LA PÉRDIDA. Una de las primeras preguntas que surgen en el momento de alguna pérdida es ¿por qué?, a pesar de que puede parecer una pregunta muy simple, trae consigo un gran dolor ya que la creencia que tiene el sujeto en la justicia y el control que puede tener sobre su medio ambiente se ven afectados.

g) CAMBIOS EN LAS CREENCIAS ACERCA DEL MUNDO Y DE SÍ MISMO. Esta es una de las áreas cognitivas que pueden verse más afectadas, ya que, dependiendo del rol que jugaba la persona fallecida o el objeto perdido, puede cambiar la forma en que la persona entiende y construye la realidad y su percepción de sí mismo.

h) ESTRATEGIAS PARA MANTENER VIVO EL RECUERDO DE LA PERSONA FALLECIDA. El doliente puede cambiar muchos de sus conceptos acerca de lo que la vida es, con tal de mantener la ilusión de que la pérdida no se ha dado por completo.

2.2.6. EXPRESIONES CONDUCTUALES

Existe un gran número de reacciones conductuales después de la pérdida, pero según Worden (1982) todas ellas son normales y con el tiempo se van modificando.

a) ALTERACIONES EN EL SUEÑO. Puede presentarse insomnio o, su contraparte, hipersomnias. El insomnio puede presentarse como dificultad para conciliar el sueño o despertar muy temprano y no poder volver a conciliar el sueño. Las alteraciones en el sueño pueden simbolizar distintos temores, como el miedo a soñar con el objeto amado perdido, el miedo a dormir solo o el miedo a no despertar.

b) ALTERACIONES EN EL APETITO. Aunque puede presentarse un apetito exagerado, lo más frecuente es que este desaparezca, lo que puede provocar pérdidas importantes de peso; al mismo tiempo se ha observado un incremento hasta del 28% en el uso de tabaco y alcohol, y un 26% en el uso de tranquilizantes hasta un año después de la pérdida (Glick, Weiss & Parkes, 1974; citado por Kalish, 1985).

c) CONDUCTA INCONSCIENTE. Las personas que recientemente han sufrido una pérdida importante, frecuentemente reportan el realizar distintas actividades sin recordar en lo absoluto haberlas realizado. Incluso es frecuente que lleven a cabo conductas que son inconvenientes o dañinas para ellos mismos.

d) AISLAMIENTO SOCIAL. Es una de las conductas más frecuentes. La persona que ha experimentado una pérdida siente que las demás personas no comprenden su dolor o que sienten lástima por ella, por lo cual evitan el contacto con los demás. Raphael (1983) afirma que es a causa del dolor de la separación que el doliente busca la compañía de los demás, sin embargo, la gente no puede ofrecer un consuelo real ya que todos los deseos del doliente están dirigidos hacia la persona u objeto perdidos. La única forma de aliviar el dolor sería que recuperara tal pérdida, algo que en un nivel el doliente desea, aunque a otro nivel reconoce la imposibilidad de este deseo. Cuando los demás tratan de consolarlo pueden sentirse rechazados ya que el doliente lo único que desea es que el objeto amado regrese, y el hecho de recibir los consuelos de otras personas es un recordatorio permanente de que éste ya no está.

e) SUEÑOS CON LA PÉRDIDA. Pueden presentarse ya sea como sueños o pesadillas, y estos pueden dar una idea acerca de cómo se está llevando a cabo el proceso de duelo.

f) BÚSQUEDA. Kalish (1985) dice que esta es una actividad incesante que se acompaña de pensamientos obsesivos acerca del objeto amado perdido. Frecuentemente involucra una sensibilización perceptual por la cual otras personas se asemejan y distintas situaciones constantemente recuerdan momentos específicos con esa persona. Bowlby (1986) postula la búsqueda de la persona perdida como una etapa dentro del proceso de duelo y piensa que, aunque la persona lo vive como algo absurdo, no puede evitar el buscar y tratar de recuperarla. Dice que esta tendencia a la búsqueda puede poseer componentes ideativos y perceptivos, cuyos componentes sería: el movimiento incesante por el entorno y búsqueda con la mirada, dirigir la atención a aquellas partes del entorno en las que sea probable que pudiera estar la persona perdida, e incluso, llamarla.

g) HIPERACTIVIDAD. Según Lindemann (1944) se presenta una aceleración en el discurso, especialmente cuando se habla del objeto perdido, una actividad acelerada en la cual constantemente se busca qué hacer, aunque al mismo tiempo existe una falta de iniciativa.

h) LLANTO. El estrés causa un desequilibrio químico en el organismo, y algunos investigadores piensan que las lágrimas eliminan las sustancias tóxicas y ayudan a reestablecer el equilibrio. Se cree que los contenidos químicos de las lágrimas causadas por el estrés emocional son diferentes a los contenidos de las lágrimas secretadas para lubricar el ojo (Frey, 1980; citado por Worden, 1982).

i) VISITAR LUGARES O CARGAR OBJETOS QUE RECUERDEN AL OBJETO PERDIDO. El doliente suele buscar y visitar lugares que le recuerden al objeto amado, o pueden llevar consigo algún objeto que se los recuerde.

j) GUARDAR OBJETOS QUE PERTENECIERON Y RECUERDEN AL OBJETO PERDIDO. El doliente puede guardar objetos pertenecientes al ser u objeto amado.

2.2.7. DUELO PATOLÓGICO

Existen algunos factores que pueden dificultar el proceso de duelo, sin embargo se debe considerar que tales factores siempre estarán asociados a una estructura de carácter específica a cada persona y que, dependiendo de esta, las circunstancias de la muerte pueden sumarse o restarse a la personalidad previa.

Para Lindemann (1944) las reacciones del duelo patológico representan distorsiones del duelo normal y se caracterizan, principalmente, por demoras en la reacción del duelo. Consiste en “posponer aquellas reacciones conductuales, emocionales y cognitivas asociadas con la pérdida, y se manifiestan generalmente en pacientes que deben actuar como apoyo moral para otros”³³.

Otras reacciones pueden ser: hiperactividad, adquisición de los síntomas de la última enfermedad del muerto, alteración en la relación con amigos y parientes, hostilidad intensa hacia ciertas personas, pérdida prolongada de patrones de interacción social, actividades que vayan en detrimento de su propia existencia social y económica, depresión intensa (tensión, agitación, insomnio crónico, autoculpabilización y necesidad de castigo).

³³ LINDEMANN, E., op. cit., p.146.

Bowlby (1983) señala que aquellos adultos cuyo duelo asume un giro patológico suelen haber sido propensos antes de sufrir la pérdida al establecimiento de relaciones afectivas en las cuales imperaba un alto grado de apego ansioso, matizado de una ambivalencia manifiesta o encubierta. Al parecer las experiencias que predisponen a un vínculo ansioso y ambivalente tienen como elemento subyacente el haber experimentado una discontinuidad en el maternaje, o pueden haberse visto rechazados por los padres o figuras significativas, siendo muy probable que tal rechazo haya sido intermitente y parcial (Bowlby 1983).

Horowitz (1980) define al duelo patológico como la intensificación del duelo al grado de que la persona se siente abatida, teniendo como resultado conductas inadaptadas, o permaneciendo en un estado de duelo interminable sin progresión en el proceso. Horowitz plantea que la patología en el duelo está relacionada con la intensidad en la reacción o en su duración, más que en la ausencia o presencia de ciertas conductas.

Worden (1982) retoma la definición de Horowitz de duelo patológico y describe cuatro categorías de reacciones complicadas:

1. Reacciones Crónicas. Aquellas que son prolongadas en su duración y en las cuales no se percibe un progreso hacia su resolución. Cabe aclarar que varios autores consideran que la duración del proceso de duelo varía considerablemente de persona a persona, y que las expectativas de los demás acerca del tiempo puede ser un factor que altere el proceso (Parkes, 1972; Worden, 1982; Bowlby, 1983; Raphael, 1983). Sin embargo, Worden se refiere a aquellas reacciones en las cuales no se presenta una progresión hacia su resolución.

2. Reacciones Retrasadas. En esta categoría se incluyen reacciones inhibidas, suprimidas o pospuestas. La persona puede reaccionar en el momento de la pérdida, pero éstas no son proporcionales a la situación y tiempo después, ante algún estímulo no muy intenso, se reacciona de una forma que a la persona y a los demás les parece exagerada.

3. Reacciones Exageradas. En esta categoría es el mismo individuo quien percibe su reacción como exagerada para la pérdida que sufrió. La ansiedad puede ser tan intensa que la persona desarrolle una fobia acerca de la muerte. Generalmente debajo de esta fobia se encuentra un sentimiento inconsciente de culpa extrema e irracional en la cual existe el pensamiento "yo debería morir también" y que frecuentemente procede de una reacción ambivalente con el muerto.

4. Reacciones Enmascaradas. Se presentan de 2 formas: a) síntomas físicos, o b) conductas inadaptadas. Las personas que no se permiten expresar directamente las reacciones del duelo pueden desplazar estas hacia otro tipo de síntomas. Aquí se incluyen los casos en los cuales hay una ausencia total de todo tipo de reacciones de duelo.

Worden (1982) piensa que hay una serie de variables que hay que tomar en cuenta para evaluar la probabilidad de que el duelo se complique:

1. Qué relación tenía el doliente con el difunto.
2. La naturaleza de la relación:
 - a) La fuerza del apego. Es sintomático que la intensidad del duelo está determinada por la intensidad del amor.
 - b) La seguridad que proporcionaba el difunto.
 - c) La ambivalencia en la relación. En toda relación cercana siempre existe cierto grado de ambivalencia, pero en el caso en donde hay sentimientos negativos en la misma proporción es más probable una reacción más complicada.
3. La forma de la muerte. Tradicionalmente la muerte se clasifica en Natural, Accidental, Suicidio y Homicidio (NASH). El duelo se dificulta especialmente cuando la muerte es por suicidio, ya que las reacciones de ira y culpa se intensifican (Raphael, 1983). Otro factor importante es si la muerte fue repentina (como en el caso de accidentes, homicidios y suicidios) o si era esperada (enfermedades crónicas y vejez).
4. Antecedentes previos. La forma en la que se han resuelto pérdidas anteriores, es un buen indicador de cómo se enfrentará la persona a la pérdida actual.
5. Variables de personalidad. Edad, sexo, represión en la manifestación de las emociones, el manejo de la ansiedad y, principalmente, antecedentes psiquiátricos.
6. Variables sociales y culturales. Es importante evaluar qué tanto permite la comunidad la expresión del dolor del doliente, los ritos alrededor de la muerte, la percepción del rol social del doliente, etc.

Sobre este último punto, es importante resaltar que existen influencias culturales importantes en la forma como nos enfrentamos al duelo, ya que en general la sociedad nos enseña a enfrentarnos a las pérdidas bajo cuatro puntos (Raphael, 1983):

1. No está bien expresar los sentimientos.
2. Hay que reemplazar lo más pronto posible a la persona, u objeto, perdida.
3. El duelo se vive a solas, no hay que molestar a los demás.
4. Resolver el duelo solo es cuestión de dejar pasar el tiempo.

Grinberg (1983) también piensa que los criterios que definen la patología del duelo son el tiempo que dure, y los procesos defensivos que influyen en el funcionamiento mental. Piensa que cuando se presentan dificultades en la elaboración del primer duelo es muy probable que los duelos posteriores adquieran manifestaciones patológicas. Otro factor que influye es el predominio de la culpa en relación a la pérdida, ya que ésta puede dar lugar a defensas de tipo destructivo.

2.3. ETIOLOGÍA DEL DUELO

El duelo es “el prototipo de la reacción humana a la pérdida de objetos con los cuales estamos estrechamente ligados: personas, situaciones, ideas, esperanzas, meras posibilidades, etc.”³⁴. Por lo que sus causas, del duelo, son las diferentes pérdidas que vamos enfrentando a lo largo de nuestras vidas.

Las pérdidas son un fenómeno tan amplio que no sólo incluyen separaciones y adioses a los seres queridos, sino también las pérdidas concientes o inconscientes de nuestros sueños románticos, de nuestras esperanzas irrealizables, nuestras ilusiones de libertad, de poder y de seguridad, así como la pérdida de nuestra juventud, de aquella individualidad que se creía para siempre ajena a las arrugas, invulnerable e inmortal.

2.3.1. PÉRDIDAS NECESARIAS

Las pérdidas necesarias son aquellas que forman parte de nuestra vida, son constantemente universales e insoslayables y por las cuales crecemos (Viorst, 1990).

Se considera que existen cuatro tipos de pérdidas que son necesarias (y universales) para poder convertirnos en seres humanos plenamente desarrollados³⁵:

1. Las pérdidas entrañadas por una separación del cuerpo de la madre para convertirnos en un Yo paulatinamente individualizado.
2. Las pérdidas ocasionadas por las limitaciones de nuestras capacidades y potencialidades, que nos someten a la noción de lo prohibido y de lo imposible.
3. Las pérdidas originadas al renunciar a nuestros sueños de relaciones ideales, para someternos a la humana realidad de las relaciones imperfectas.

³⁴ DE LA FUENTE, R., *Psicología médica*, p.216.

³⁵ VIORST, J., *El precio de la vida. Las pérdidas necesarias para vivir y crecer*, p.13-16.

4. Las múltiples pérdidas de la segunda mitad de la vida, pérdidas finales (muertes).

Estas pérdidas se encuentran relacionadas al vínculo vital que existe entre pérdida-adquisición, en estos puntos se hace hincapié en que sólo a través de nuestras pérdidas nos convertimos en seres humanos plenamente desarrollados, y para la comprensión de nuestras vidas, es capital la comprensión de cómo nos conducimos con las pérdidas, incluso se puede considerar que, somos quienes somos y llevamos las vidas que llevamos porque las experiencias de nuestras pérdidas han sido determinantes. Así estos puntos abren camino sobre la idea de que podemos obtener ganancias de una pérdida dolorosa.

2.3.2. PÉRDIDAS VOLUNTARIAS

Las pérdidas voluntarias son aquellas que se presentan cuando una persona decide, por voluntad propia, separarse (de alguna pareja o persona), cambiarse (de trabajo, ciudad, país, casa) o dejar algún sueño, esperanza o ilusión, como casarse o tener hijos; independientemente de las razones por las que haya tenido que tomar esa decisión.

2.3.3. PÉRDIDAS INESPERADAS

Este otro tipo de pérdidas pueden acontecer en cualquier momento de nuestra vida. Estas pérdidas se llaman inesperadas porque se presentan de tal forma que pareciera que nunca fuera a sucedernos a nosotros, no se espera ni pasa por nuestra mente que algo podría sucedernos, como una enfermedad incurable, una inundación, la pérdida de un ser querido, que un hijo tome la decisión de casarse o irse a vivir solo o en pareja, un despido injustificado o no, un cambio de residencia por trabajo o por alguna razón muy poderosa para hacerlo, un accidente en donde se podría perder alguna parte de nuestro cuerpo o algún sentido como la vista o la audición y otras tantas que aparecen así, de forma inesperada.

2.4. DIAGNÓSTICO DEL DUELO

Como he mencionado, cada uno de los diferentes autores que han estudiado el proceso del duelo han marcado cuáles son las manifestaciones del mismo, y basándose en éstas es cómo llegan a diagnosticarlo. Sin embargo, el DSM IV ha planteado lineamientos estrictos y específicos para diagnosticarlo.

El DSM IV coloca al duelo en la categoría de “Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica”, y plantea que el objeto de atención clínica es una reacción ante la muerte de una persona querida. Como parte de su reacción de pérdida, algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor. La persona con duelo valora el estado de ánimo depresivo como "normal", aunque puede buscar ayuda profesional para aliviar los síntomas asociados como el insomnio y la anorexia. La duración y la expresión de un duelo "normal" varía considerablemente entre los diferentes grupos culturales; y el diagnóstico de trastorno depresivo mayor no está indicado a menos que los síntomas se mantengan 2 meses después de la pérdida. Sin embargo, la presencia de ciertos síntomas que no son característicos de una reacción de duelo "normal" puede ser útil para diferenciar el duelo del episodio depresivo mayor. Entre éstos se incluyen:

1. La culpa por las cosas, más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida.

2. Pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida.

3. Preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad.

4. Inhibición psicomotora acusada.

5. Deterioro funcional acusado y prolongado.

6. Experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida.

Para el DSM IV los síntomas que deben presentarse para poder diagnosticar el duelo son:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día.

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.

3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observado por los demás).

6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día.
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B.** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

Si estos síntomas se presentan durante dos semanas continuas, después de 2 meses de la pérdida, el duelo se puede considerar como enfermedad mental de tratamiento psiquiátrico.

A pesar de que el DSM IV plantea estos criterios de diagnóstico, resulta complicada la evaluación, ya que el proceso de duelo es una reacción muy subjetiva y depende de cada persona, por lo que el cumplimiento de estos parámetros estrictos para diagnosticarlo presenta dificultades.

2.5. MODELOS DE INTERVENCIÓN EN DUELO

2.5.1. MODELO EDUCATIVO

Varios autores han comentado la importancia que tiene la presencia de la muerte en la vida del hombre, así como la necesidad de percibirla de forma natural y sana. En nuestra sociedad los niños suelen crecer con grandes confusiones alrededor del tema de la muerte, y no es raro que experimenten desconfianza ante los mensajes contradictorios que provienen del mundo de los adultos.

Según Quezadas (1992) en nuestro entorno la muerte sigue siendo un tabú, y se considera un tema demasiado morboso para abrirlo ante los niños, se prefiere inventar cuentos sobre el cielo, o del regreso de los muertos, o de la inmortalidad de los niños, variando incansablemente las historias. No es difícil, entonces, que se crezca con ideas equivocadas acerca del sentido de la muerte.

En nuestra cultura existen lineamientos educativos para ciertos temas como el desarrollo físico y social, pero cuando se trata de la educación sobre la muerte los padres se encuentran

solos, por lo que con frecuencia los niños reciben una educación oscura y cargada de angustia (Kübler-Ross, 1975; Yalom, 2000).

Es por esto que en algunos países desarrollados se empiezan a ofrecer cursos relacionados con la muerte a diferentes niveles: tanto para niños pequeños como para adolescentes y adultos, además para profesionales que trabajan con personas moribundas; sin embargo, la orientación sigue resultando insuficiente (Papalia y Wendkos, 1986).

Kavanaugh (1983) enfatiza que la educación hacia la muerte se facilitaría si el adulto fuera capaz de entrar al mundo infantil, ya que a diferencia de lo que el adulto suele pensar, los pequeños están girando alrededor de la muerte todo el tiempo, por ejemplo: cuando muere su mascota, cuando matan a algún animal, e incluso dentro de su programa de televisión favorito siempre encontrarán alguna manifestación de ella.

Si recordamos la incertidumbre y el dolor en el que nos encontrábamos cuando no se nos explicaba lo que sucedía cuando alguien perecía, entenderemos la importancia de permitir que los niños expresen sus ideas asociadas con la muerte. Esto sin duda les ayuda a ver la muerte como parte de la vida y es una experiencia que les ayuda a crecer y a madurar, dándoles la oportunidad de vivir en forma más libre (Kavanaugh, 1983; Kübler-Ross, 1985).

En la discusión que se tenga frente a un niño sobre el tema de la muerte, se pueden dar diversas respuestas; en realidad se ha encontrado que lo que tiene mayor relevancia no es en sí la respuesta que se dé, sino la actitud y la manera de proceder frente a ellos. Si el pequeño siente que el adulto actúa con sinceridad, encuentra en él confianza y seguridad, y su angustia disminuirá. Es importante resaltar la importancia que tiene este apoyo, ya que sus temores hacia la muerte, muchas veces provienen del exterior y pueden así encontrar en sus padres a alguien con quien compartirlos. Si el niño ha crecido así, experimentará menor ansiedad en relación con la muerte, desarrollará un sistema personal de opinión acerca de la vida y de la muerte, percibirá este hecho como el fin natural de la vida, y aprenderá a tratar en una forma humana a las personas cercanas a su finitud (Kavanaugh, 1983).

2.5.2. MODELO FILOSÓFICO

Quitman (1989) nos habla de que para Heidegger, en relación al enfrentamiento con la muerte, es importante el concepto de "solicitud" en el trato con otros seres humanos. Distingue la solicitud que "está al quite" de la "previsora". Mientras que en la primera se ayuda al otro

quitándole la responsabilidad, la segunda está más pensada como ayuda para la autoayuda. Esta forma de solicitud quiere precisamente no quitar al otro la preocupación, sino “restituir la primariamente como tal” en el convencimiento de que el otro encontrará por sí mismo un camino. La ayuda consiste en que se ayuda al otro a “hacerse transparente y libre en su preocupación”. Este aspecto se encuentra en los conceptos de terapia de Rogers y de la Gestalt de Perls.

En este sentido Yalom (2000) apoya la idea de que un trabajo psicoterapéutico acerca o en relación al duelo debe mantener como línea fundamental, no el tratar de aliviar la angustia que existe, sino al contrario, buscar aumentarla para poder trabajar así en los aspectos relacionados con la conciencia de la angustia por la propia muerte, que puede ser de gran beneficio para el individuo.

Frankl (1962) al respecto nos aporta que aún cuando uno no pueda controlar la presencia de la muerte en nuestra vida, siempre estará en nuestra mano la decisión de adoptar una determinada actitud personal hacia la propia suerte, es decir, fortalecer aquello que no se puede negar.

2.5.3. MODELOS PSICOTERAPÉUTICOS

Una de las primeras personas que propuso la intervención en el proceso fue Elizabeth Kübler-Ross. En “Death and Dying” (1969) habla específicamente de cómo ayudar al paciente Terminal a elaborar el duelo por su propia muerte. Ella afirma que el duelo sigue 5 pasos (negación, ira, pacto, depresión y aceptación), y propone que la escucha y el reflejar las emociones que va experimentando el paciente es el arma más útil para ayudarlo a completar el proceso.

Más tarde ella habla de que este proceso de 5 fases se presenta también en otro tipo de pérdidas como podría ser el duelo por el ser querido que fallece. Afirma que este proceso no necesariamente se presenta en ese orden y que puede regresarse a etapas anteriores aunque ya se esté en una etapa más avanzada. Lo importante es permitir que la persona manifieste libremente todas las emociones y pensamientos que se vayan presentando con el fin de ir aceptando paulatinamente la realidad de la pérdida. Todas las personas en duelo tienen necesidades concretas que es importante que se puedan cubrir para facilitar su proceso.

Kübler-Ross habla de los “asuntos inconclusos” que es importante que se concluyan para que el doliente pueda retirar la energía depositada en el ausente. Si estos asuntos inconclusos

no se terminan, la persona estará permanentemente tratando de satisfacerlos en la fantasía sin avanzar en el proceso de aceptación.

Es importante que la persona se sienta comprendida y apoyada, que sepa que su reacción es normal y que “está bien”, y que no trate de encubrir sus emociones. Esto puede llegar a dificultarse debido a la reacción de las personas cercanas a él. La comprensión empática y el hacer sentir al paciente que puede manifestar sus emociones es el medio para lograr esto.

Otros enfoques de intervención desarrollados por distintos autores generalmente toman como referencia un marco conceptual acerca de lo que el duelo es y cómo se lleva a cabo. Este es el caso del modelo de intervención propuesto por James Worden (1982). Él propone su propio esquema de cómo se da este proceso, diciendo que se trata de “tareas” que la persona debe completar antes de pasar a la siguiente (estas tareas se revisaron en el apartado 2.1.2.2. Modelos Cognitivo Conductuales).

El duelo, según el mismo Worden, tiene acciones concretas que el psicólogo debe llevar a cabo con el fin de ayudar a la persona a facilitar su proceso (estas acciones se refieren exclusivamente al duelo normal):

1. Ayudar al doliente a actualizar la pérdida.
2. Ayudar al doliente a identificar y expresar sus emociones.
3. Facilitar la habilidad del paciente para vivir sin el difunto y tomar decisiones independientes en casos concretos.
4. Facilitar la separación emocional del difunto.
5. Proporcionar el tiempo necesario para el duelo.
6. Interpretar conductas normales.
7. Permitir y evaluar las diferencias individuales.
8. Proveer apoyo continuo.
9. Examinar las defensas (resistencias) y la forma de enfrentarse al duelo.
10. Identificar patología y, en caso necesario, referirlo.

Raphael (1983) define distintas aproximaciones psicoterapéuticas en caso de duelo patológico, y define cuatro modelos de intervención:

1. PSICOTERAPIA FOCAL. En esta categoría entran los modelos propuestos por Lindemann y Parkes, consistentes en transformar la respuesta mal adaptada a una respuesta más adaptativa en la cual el paciente sea capaz de llevar a cabo el proceso de duelo. Este tipo de intervención se utiliza específicamente en casos de duelo inhibido o ausente, y en duelo

enmascarado, durante el momento de la crisis o después de ella. La intervención se centra específicamente en el trabajo de duelo, sin tocar otros aspectos o conflictos de la personalidad.

2. PSICOTERAPIA DE REVIVIR EL DUELO. Este modelo se utiliza en los casos en los cuales, durante el tiempo de la crisis, no hubo reacción de duelo o ésta fue muy pobre, y tiempo después de la crisis se presentan reacciones patológicas. El objetivo de este modelo se divide en dos: que el paciente comprenda por qué no fue capaz en su momento de enfrentar el dolor del duelo, y ayudarlo a completarlo en el presente y a experimentar y expresar sus emociones.

3. PSICOTERAPIA CONDUCTUAL. Este modelo ve al duelo patológico como una reacción fóbica. La intervención consiste en una confrontación forzada con el hecho de la muerte y lo que ésta implica. El objetivo es romper la negación y permitir que la depresión, la culpa, la ira y la ansiedad se expresen en su totalidad hasta que ya no haya reacciones a la pérdida.

4. OTROS ENFOQUES. Aquí se incluyen intervenciones que utilizan técnicas de la psicoterapia Gestalt y aproximaciones existenciales.

Una de estas aproximaciones es la desarrollada por Stephen Tobin (1975), representante del enfoque Gestalt, él propone técnicas específicas para ayudar al doliente. En primer lugar explica su punto de vista acerca de las dificultades que presenta una persona que está viviendo el duelo o lo que él llama "reacción de agarrarse" (esta reacción es resultado del fracaso en despedirse o concluir con una relación que termina). Afirma que una de las causas por las que el duelo se dificulta son los asuntos incompletos que existen entre las dos personas (entendiendo por asunto incompleto una emoción vivenciada una o más veces durante la relación pero que por diversas razones no fue expresada).

Una de las cosas que hace un individuo para no concluir algún asunto es suprimir sus emociones dolorosas mediante la contracción crónica de la musculatura lisa y esquelética, y la inhibición de la respiración.

Otra de las cosas que se utilizan consiste en otorgar un gran valor a alguna de las ganancias secundarias que se obtienen de "agarrarse". El que una persona evite concluir sus asuntos inconclusos se debe a que de esta manera también se evita concluir con la relación, se evita sentir el dolor de la pérdida, en ocasiones se obtienen determinados beneficios (evitar nuevas relaciones, obtener reconocimiento, etc.) o porque sienten que el "olvidar" al difunto es una manera de deshonrarlo.

Las consecuencias de la reacción de “agarrarse” son los síntomas físicos, como problemas de salud con correlato psíquico, y síntomas emocionales dentro de los cuales se incluye la incapacidad de establecer relaciones estrechas con otras personas.

El primer paso para ayudar a despedirse a un paciente en duelo, es hacerlo tomar conciencia de su dificultad para decir adiós y de cómo hace esto. Generalmente se trabaja alrededor de los asuntos inconclusos y se le pregunta al paciente si existe alguno y si desea despedirse.

Como segundo paso se utiliza la técnica de silla Gestalt, en la cual se expresan las emociones o los pensamientos que surgen mientras que el paciente imagina que la persona fallecida está sentada frente a él. El objetivo es permitir la expresión emocional de aquellos asuntos que no se ventilaron mientras la persona estaba viva (generalmente sentimientos de coraje o culpa) y que no permiten el desarrollo del proceso de duelo.

Yalom (2000) considera que enfrentar el tema de la muerte en terapia proporciona al psicoterapeuta dos tipos principales de ayuda:

1. El hecho de que la muerte tenga una importancia inmediata tan enorme que, si se confronta adecuadamente, puede alertar la perspectiva vital de la persona y promover su dedicación más auténtica a la vida.

2. El miedo a la muerte constituye una fuente primaria de angustia que se presenta desde las primeras etapas de la vida, que configura la estructura caracterológica, que continua generando angustia a lo largo de toda la vida, que causa trastornos manifiestos y que conduce a la formación de defensas psicológicas.

En este sentido, existe la posibilidad y el riesgo de que el paciente esté negando la angustia por la muerte por medio de mecanismos de represión y desplazamiento, máxime que esta negación se da en todos los niveles de la conciencia.

Algunas técnicas que propone Yalom para enfrentarse a la negación es la desensibilización (el individuo se aproxima a su temor, hasta que va disminuyendo gradualmente por un procedimiento simple de familiarización con él). Sabatini (1989) evalúa un programa de intervención que consiste en 14 sesiones semanales para personas que han enviudado recientemente. Las sesiones siguen un patrón de terapia de grupo y, al principio, son estructuradas, y conforme pasa el tiempo se van haciendo cada vez más semiestructuradas con el fin de permitir que el grupo maneje las necesidades específicas de sus miembros. El objetivo

es que los participantes recuperen su nivel de funcionamiento físico, psicológico y emocional anterior a la pérdida. Existen 5 tareas específicas sobre las cuales se trabaja:

1. Enfrentar la aceptación de la muerte.
2. Ayudar a los participantes a adquirir una identidad individualizada de su pareja fallecida.
3. Aprender a manejar los cambios de ánimo y los sentimientos.
4. Evitar la deificación del difunto.
5. Comenzar una nueva vida.

Sabatini encontró que las circunstancias de la muerte, especialmente si esta fue repentina, tienen una influencia importante en el proceso de recuperación. Esto puede deberse al hecho de que cuando se espera la muerte, la persona tiene la oportunidad de empezar a prepararse para enfrentarla (duelo anticipado).

Otro de los puntos que se discuten es el hecho de que los hombres y las mujeres se enfrentan de una forma diferente al duelo. Estadísticamente se ha visto que los hombres tienden a reemplazar a su esposa en un tiempo relativamente corto en comparación con las mujeres. Esto se puede deber a diferencias en la forma de educar a cada sexo, y principalmente al hecho de que, culturalmente, se enseña a los varones a no manifestar sus emociones tan abiertamente como a las mujeres. Esto puede crear ciertas dificultades en la elaboración del duelo para los varones.

El último punto que discute Sabatini es que, de acuerdo a sus resultados, el tiempo es una variable importante para la elaboración de la pérdida. A pesar de que no únicamente es necesario dejar pasar el tiempo para recuperarse (“con el tiempo se te pasará”) sí es importante señalar que se requiere de cierto tiempo para ir sanando el dolor que provoca la pérdida. El tiempo necesario varía de acuerdo a cada persona y a cada circunstancia.

CAPITULO 3. EL PACIENTE TERMINAL Y SU FAMILIA

3.1. HISTORIA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL

El final de los años cincuenta se caracteriza por las declaraciones del Papa Pío XII en 1957 (Humphry y Wickett, 1989) a un grupo internacional de médicos reunidos en el Vaticano, con relación al uso de analgésicos y calmantes. Con sus declaraciones algo se hizo para aclarar el tema del control del dolor en el enfermo moribundo, sin embargo focalizó los problemas de éste en los síntomas físicos, sin referencia explícita a su problemática y/o asistencia emocional.

Hasta los años sesenta el proceso de morir y la muerte eran temas a evitar. A excepción de algunos médicos, el público en general ignoraba relativamente la complejidad del problema de la enfermedad terminal; el tema de la muerte no solía aparecer en los medios informativos – excepto de forma caricaturizada y fantasiosa–. Se desafiaba a la muerte o no se quería saber nada de ella; los hospitales y los laboratorios se convirtieron en los pilares del eterno optimismo; los éxitos de la tecnología prometían una solución para cada enfermo. Por su parte, la religión ponía en relieve la inmortalidad del hombre: “la muerte no es más que el tránsito de un estado del ser a otro”. Frases como “fallecido”, “fue a reunirse con el creador” y “descansa en paz” eran muy comunes. Los cadáveres eran “los seres queridos”, con un estilo básicamente romántico, como lo mencionan Humphry y Wickett: “... se maquillaba a los muertos y se les colocaba en los “dormitorios” o “habitaciones de reposo” de las funerarias; se vendían ataúdes con colchones mullidos y camas diseñadas especialmente para mantener la perfecta postura de los muertos. Los empresarios de pompas fúnebres vendían “moda para los muertos”. Los cementerios eran “lugares de reposo”¹

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se convierten en la imagen de la “mala muerte”, el lugar donde mueren la mayoría de las personas y donde los médicos no permiten la entrada a familiares o amigos, mientras los primeros examinan en sus aparatos los últimos signos vitales del paciente, a quien probablemente se le han ocultado los detalles de su estado, distrayendo y disimulando la realidad del enfermo moribundo, joven o viejo, de una sala cualquiera del hospital, lugar donde mueren “los menos afortunados”. Por otra parte, se maximizan los recursos tecnológicos “contra la muerte” o “para mantener, sostener o devolver la vida”, convirtiendo a cualquier muerte en un “recurso accesible” a una de estas unidades.

¹ HUMPHRY, D. y WICKETT, El derecho a morir: Comprender la eutanasia, p.45.

En ésta misma época (60's) había pocas personas dispuestas a hacer frente a la definitiva realidad de la muerte. Así, se descubrió un nuevo método para “permanecer vivo indefinidamente”, o por lo menos así lo anunciaban aquellos que lo promovían: las asociaciones dedicadas a la criobiología aseguraban la congelación de los cuerpos por un número indefinido de años según fuesen los recursos de aquel que solicitaba tal servicio, hasta que se descubrieran nuevos métodos para curar toda clase de enfermedades y evitar la muerte natural.

Como consecuencia de estos importantes avances de la ciencia médica, se imponía urgentemente una nueva escala de valores para aquellas circunstancias relacionadas con la muerte y el proceso de morir. Los avances tecnológicos generaron inesperados dilemas. Junto a ello, la situación se complicó aún más con el éxito del primer trasplante de corazón y las sucesivas peticiones de otros órganos transplantables.

Puesto que se logró la curación de enfermedades anteriormente mortales, el costo de la asistencia médica aumentó de forma alarmante, los “inútiles” gastos en tratamientos para prolongar la vida de pacientes moribundos eran cada vez más elevados. Aquellos pacientes que se podían “salvar” y que vegetaban indefinidamente en estado de coma, quedaron en entredicho. Los colegios médicos, insatisfechos con el sistema proscrito que les permitía determinar, desde el punto de vista jurídico y médico, la muerte de una persona, comenzaron a protestar. Así, y en cierto modo gracias a un factor económico, al moribundo se le permitió “salir” de las unidades de cuidados intensivos, situándole en una cama ya de “cuidados mínimos”.

A finales de la década de los sesenta desde el punto de vista médico, ético y no menos económico, los problemas de los enfermos moribundos eran demasiado preocupantes como para ignorarlos; por lo que la década de los años setenta se caracterizó por la polémica de la ética y la legalidad del derecho de los enfermos a morir. La preocupación por la muerte era alarmante, como si nadie hubiese afrontado o investigado el tema de forma adecuada y extensa. Así, persistía un gran abismo –tal como hoy– entre lo que la gente consideraba como sufrimiento intolerable del moribundo y las condiciones reales del mismo.

Durante este periodo (1974), se funda el primer hospicio oficial en Estados Unidos; aparece también la primera guía hospitalaria para el cuidado del moribundo (1976), se define la muerte legal y se reafirma el derecho a detener todo esfuerzo para continuar manteniendo la vida. “Se hacen muy populares en colegios y universidades cursos sobre la muerte y el moribundo. Un grupo de jóvenes alumnos que se auto denominan “tanatólogos” organizó más de 200 cursos a mediados de los años setenta en Estados Unidos; la elección de este tema se hizo importante en las facultades de medicina. La Fundación de Tanatología de New York organizaba

regularmente conferencias sobre la muerte y el proceso de morir; en Filadelfia (USA) un grupo de profesionales constituye el “Arts Moriendi”, institución con el objetivo de investigar sobre la muerte “como parte de la vida y la salud del individuo” y, en la Universidad de Minesota (USA), se funda un centro para la investigación y educación sobre la muerte”².

A mediados de esta década comienzan a aparecer distintas recomendaciones para decidir “cuándo y cómo” debía cesar el tratamiento para prolongar la vida de un enfermo desahuciado. Una de ellas decía lo siguiente: “deben tenerse en cuenta, en primer lugar, los deseos expresos del paciente y su actitud frente a la muerte y el proceso de morir, ya sea ésta de tipo religiosa, cultural, familiar o personal; en segundo lugar, la edad y las responsabilidades y perspectivas de calidad de vida del paciente; en tercer lugar, el estado mental y/o físico previo a la enfermedad; en cuarto lugar, la seguridad de la aplicación de todos los tratamientos razonables disponibles al momento, y en quinto lugar, los recursos económicos del paciente y su familia”³.

A medida que transcurrieron los años setenta las posturas se hicieron más radicales y la ambivalencia ante la muerte y el proceso de morir predijo el clima que dominó el final de esa década y el principio de la siguiente. La muerte se aborda ahora como concepto y como acontecimiento. También se puso énfasis en aspectos tales como el miedo a la propia muerte o a la influencia de los factores culturales en la experiencia de la muerte. Así mismo, se empieza a dar énfasis a las transformaciones de la imagen de la muerte en las diferentes culturas, desde la muerte como acontecimiento natural hasta la obligación de buscar sofisticados sistemas capaces de mantener vivo al ser humano, rechazando la muerte a cualquier precio. Otros autores se centraron en la opinión de los profesionales de salud, especialmente los médicos, y en los cuidados de los enfermos terminales.

En 1981, la Asociación Hemlock, fundada por el periodista inglés D. Humphry y su esposa A. Wickett, publica en Estados Unidos la primer guía sobre “autoliberación”, titulada “Deja que muera antes que despierte” (posteriormente se publicaron en 1985 un “Manual para los enfermos terminales” y, en 1993, “Final exit”, de D. Humphry); en Holanda se publica, a su vez, “Eutanasia justificada: un manual para la profesión médica”, y, en Gran Bretaña, “Guía para la autoliberación”.

Durante la década de los noventa se presta más atención a los estragos psicológicos que padecen los médicos y el personal asistencial que trabaja con enfermos moribundos,

² Ibidem, p.53.

³ Ibidem, p.61.

considerando que el sufrimiento de los enfermos afectaba de muy distinta manera a los médicos y a las enfermeras y que no siempre era posible evaluar o cuantificar su efecto. Por otro lado, continúa la polémica en torno a los derechos legales a la “muerte natural” y las condiciones en las cuales no se justificaba ninguna maniobra para la resucitación cardiopulmonar.

Para Humphry y Wickett “un número reducido, pero cada vez mayor, de pacientes y familiares ven más allá del acuerdo tácito y convienen en lo que se denomina una “muerte negociada”; el hospital planifica la muerte del paciente discretamente, con un mínimo de trámites legales y sin llamar la atención de la opinión pública, a instancias del propio paciente, del médico o de la familia. Este tipo de muerte fue considerado durante esta década como la única alternativa humana posible, puesto que ni la ley ni la ciencia médica parecían haber previsto una solución a la problemática del moribundo”⁴.

No obstante, y con estos antecedentes, a partir de la segunda mitad de la década de los noventa la situación del morir y la asistencia al moribundo se orientó definitivamente hacia un modelo de asistencia más humano. Con frecuencia se dice en los hospitales, y en general, que el enfermo moribundo está aislado y abandonado porque el personal solo concentra sus esfuerzos en explorar, diagnosticar, curar y prolongar la vida. Aunque algunos médicos y enfermeras, sometidos a la gran presión ejercida por el continuo progreso médico, concentran sus esfuerzos sobre todo en conseguir esos cuatro objetivos, son una minoría cuando se reconoce que tales objetivos carecen de prioridad en pacientes en los que cualquier tratamiento que tienda a modificar el curso natural de la enfermedad es inadecuado, mientras que el único objetivo real que debería conseguirse es el de mejorar la calidad de vida restante. Si el personal médico se enfoca en estos objetivos, el resultado son las maniobras de distanciamiento entre éstos y los pacientes, así como frustración del equipo y estrés profesional.

3.2. CONCEPTO DE PACIENTE TERMINAL

El desarrollo social y tecnológico han incrementado la esperanza de vida, pero también, y de forma paralela, han prolongado las fases terminales de una enfermedad, en ocasiones haciéndolas interminables. El aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas e incurables, malignas o degenerativas, junto con el incremento en la expectativa de vida y la sofisticación en las medidas orientadas a la prolongación de la existencia, hacen que la atención a los pacientes terminales, en quienes la curación ya no es una meta alcanzable, adquiera creciente importancia en el campo de la salud.

⁴ Ibidem, p.78.

Sin embargo, durante décadas la medicina científica convencional, orientada esencialmente a la curación, ha descuidado la atención y el manejo de estos pacientes, llegando incluso a considerarse de manera generalizada que la enfermedad en fase terminal es un fracaso terapéutico de la medicina, y conceptos tales como “calidad de vida” y “sufrimiento” son excluidos de la asistencia médica que se brinda, especialmente a nivel de los hospitales.

De hecho, hasta hace relativamente poco tiempo, la medicina no había considerado la calidad de vida como objetivo fundamental de su misión, por lo que centran su atención básicamente en incrementar la cantidad de vida y en conseguir a toda costa la prolongación de ésta, sin tomar en cuenta otras cuestiones igualmente importantes, como las condiciones en que la misma es vivida. Esta visión, se refleja, en no pocas ocasiones, en una prolongación cruel y deshumanizada del sufrimiento y la agonía, desconociendo por completo el ciclo natural de la existencia humana.

Por lo que la perspectiva de una muerte a plazo es percibida con horror. Una parte de esta actitud no responde a un impulso individual, sino al resultado de un proceso de cambio cultural, mediatizado por las transformaciones tecnológicas de la sociedad.

Lo anterior se puede observar en lo explicado por Allué (1993), quien explica “el proceso de descristianización y la nueva valoración del cuerpo han ejercido la influencia necesaria para que el cambio de actitud tenga una trascendencia cultural, que no individual, y dé como resultado la negación y el rechazo de lo previsible, de aquel final que evidencia de manera excesivamente clara el destino de nuestros cuerpos. Porque un paciente canceroso, desde su diagnóstico fatal, tiene ya marcado –o le marcamos– el estigma de la muerte”⁵.

Actualmente solo un tercio de las personas mueren de forma inesperada, el resto sufre un deterioro progresivo de su salud, que con mayor o menor dificultad se puede identificar como terminal.

Rebolledo (1996), plantea que el estado terminal es la suma de los acontecimientos previos a la muerte que representan el deterioro progresivo y generalizado del organismo y sus funciones en todas las órdenes que nos determinan y cuyo fin último es la muerte del individuo.

Para Rebolledo paciente en estado terminal es aquel que presenta daño o insuficiencias orgánicas múltiples y progresivas, que no responden a la terapéutica en forma suficiente o adecuada y que lo llevará directamente a la muerte en un periodo corto de tiempo.

⁵ ALLUÉ, M., Antropología de la muerte, p.179.

Dueñas (2001), llama paciente terminal a toda persona que tiene pleno conocimiento de padecer una enfermedad incurable y que por lo tanto será la causa más probable de su muerte.

Es claro que el tiempo entre este diagnóstico y el momento de la muerte será variable ya que depende de diversas situaciones, totalmente individuales. El conocimiento que se tiene de padecer una enfermedad terminal puede producir repercusiones psíquicas muy importantes tanto en el paciente, como en su familia y en los profesionales que le atienden.

3.3. CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD TERMINAL

Cada enfermedad tiene un ciclo de evolución caracterizado por el avance de la misma, formando un cuadro crónico, a menos que se pueda evitar con métodos y técnicas adecuadas (medicamentos o fármacos, cuidados especiales o cambiar hábitos y/o estilos de vida). Existen enfermedades muy variables, por su etiología algunas tienen más complicaciones orgánicas que otras, en este sentido las hay de mayor o menor repercusión para el buen funcionamiento del organismo, así se pueden encontrar las enfermedades que por su naturaleza no causen mayor deterioro, en tanto otras, pueden ser la causa de muerte de un paciente, dado el grado de avance y deterioro que presente.

Los aspectos de la enfermedad terminal, en gran medida definen el tiempo y la calidad de vida que puede tener un paciente, con mayor o menor dolor, daño orgánico o funcional, el tiempo y la participación que tiene para su deceso.

Se considera a la enfermedad terminal como la fase final de numerosas enfermedades crónicas progresivas, cuando se han agotado los tratamientos disponibles y se alcanza el nivel vital de irreversibilidad. Monge (1989) se refiere a los padecimientos más frecuentes que apuntan hacia alguna enfermedad terminal en los hospitales, estos son:

- A. Cáncer.
- B. Enfermedades degenerativas del sistema nervioso central.
- C. Cirrosis hepática.
- D. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- E. Arteriosclerosis (hipertensión arterial, miocardiopatía isquémica, diabetes y senilidad).

Según la definición médica también existen criterios de diagnóstico para hablar de enfermedad terminal, Limonero (1996) y Monge (1989) mencionan índices promedio que cada unidad de terapia intensiva diseña para tener un criterio de repercusión del enfermo terminal; el

primero se refiere al ASTECA (Análisis de Severidad de Todo Enfermo Crítico Admitido), y el segundo apunta un síndrome de enfermedad terminal, donde los criterios incluyen:

- A. Enfermedad causal de evolución progresiva.
- B. Pronóstico de supervivencia menor a un mes.
- C. Estado general grave.
- D. Insuficiencia de órgano.
- E. Ausencia de otros tratamientos activos.
- F. Complicación irreversible final. Tal es el caso de infecciones graves, fallo respiratorio, hipertensión severa, embolia pulmonar, coma metabólico, hemorragia grave, abdomen agudo.

Su objetivo va más allá de definir la enfermedad terminal, es con el fin de evaluar la posibilidad de tiempo de vida del enfermo; pues ante todo es primordial la calidad de vida que pueda tener el paciente antes de morir.

Aunque la enfermedad terminal puede durar más o menos tiempo, y hasta pueden presentarse errores de diagnóstico y pronóstico, llega un momento en que se produce una complicación irreversible que conduce a la muerte. Entre las complicaciones que proporcionan criterios de irreversibilidad se enumeran: infecciones graves y sepsis, fallo respiratorio, hipotensión severa, oliguria, embolia pulmonar, coma metabólico, hemorragia grave y abdomen agudo.

3.4. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DEL PACIENTE TERMINAL

El paciente terminal atraviesa por diferentes reacciones psicológicas, pues el conocimiento del diagnóstico de su padecimiento, sobre todo si se encuentra en etapas avanzadas, transforma todas las áreas de su vida.

El shock emocional es una respuesta normal al evento catastrófico del diagnóstico de la enfermedad o recaída y progresión de la misma y de la eventualidad de la muerte, usualmente esta seguido por periodos, de duración variable, de incredulidad, a su vez de ansiedad, agitación, irritabilidad y síntomas de depresión. Se altera la capacidad de concentración así como la capacidad de desarrollar un patrón "normal" de vida. Esta transición de síntomas se lleva a cabo en un periodo de una o dos semanas.

Elisabeth Kübler-Ross (citada en Becerra, 1996), fue la primera persona en describir las diferentes etapas por las que pasa un moribundo, identificando cinco para cualquier enfermedad:

A. Negación y aislamiento. La negación indica que una persona no acepta la realidad de su diagnóstico o pronóstico, aparece al inicio de una enfermedad grave que amenaza a la vida. El paciente busca las opiniones de diferentes médicos y lleva varios tratamientos; no acepta hablar de su enfermedad o prefiere estar sólo o con gente que no sabe lo que le acontece. Se encuentra en un estado de choque y adormecimiento.

B. Rebeldía. Indica rabia, envidia, resentimiento cuando finalmente acepta su diagnóstico. Generalmente su rebeldía y agresividad son manifiestas, se vuelve violento contra su entorno, su familia y los presentes.

C. Regateo o pacto. Indica que el paciente haría cualquier cosa a cambio, si con ello se garantiza un resultado diferente al diagnóstico, o para extender su tiempo de vida.

D. Depresión. Es un proceso de aflicción por lo que está pasando; es la etapa de tristeza. Hay dos tipos de depresión: 1) la reactiva, que se da ante la pérdida de empleo, mutilación de algún órgano o la pérdida de la capacidad de atenderse por sí mismo; y 2) la preparatoria, que se da ante el fin de su propia vida y la pérdida de la familia.

E. Aceptación. Es la etapa en la cual una persona acepta y comprende su existencia. El enfermo se mantiene callado, en paz, ni deprimido ni iracundo.

Kübler-Ross (citado en Becerra, 1996) la describe como “el periodo en el que se puede contemplar el próximo fin con cierto grado de silenciosa espera”.

Los efectos más importantes son la pérdida de salud, de integridad física, de las funciones rutinarias, y de las financieras. Pérez Valera (1996), indica que sus respuestas más comunes son:

- A. Hostilidad – Enojo. Ambos sentimientos los descarga culpando a médicos, familiares u otros que lo han atendido o manejado.
- B. Ansiedad. Expresada por manifestaciones de agitación, falta de concentración, insomnio o conductas compulsivas.

- C. Culpabilidad. Existe reiteración por parte del paciente y la familia en preguntar sobre las posibles causas de la enfermedad o de los eventos que llevaron a la progresión de la misma, o a la falla de tratamientos.
- D. Depresión. Es apropiada si no alcanza las características de grave.
- E. Dependencia y obediencia. El paciente comprende su padecimiento y establece fuerte dependencia con el médico.

A su vez, Pérez Valera (1996) hace mención de las mismas etapas por las que atraviesa el paciente terminal, que son descritas por Kübler-Ross (2005), sin embargo hace más énfasis en la segunda y tercera etapas. En la segunda etapa, la de rebeldía, dicho autor menciona que aparecen manifestaciones de ansiedad expresadas en agitaciones, ausencia de concentración, insomnio y conductas compulsivas. Y aunque la ansiedad es universal ante todo el proceso de la enfermedad en fase terminal, en esta fase no la controla de forma adecuada y puede acarrear otras manifestaciones de enfermedad, particularmente de dolor. En la tercera etapa, la de regateo o pacto, aparecen signos de culpabilidad por parte del paciente y familiares sobre las posibles causas del padecimiento o de los eventos que llevaron a la progresión de dicha enfermedad; también se presentan sentimientos de culpa ante la falta de tratamientos, pues piensan que de haber actuado y obedecido mejor o de no haber hecho o dejado de hacer aquello, no se habría presentado la presente situación.

Ante la muerte inminente, también se presentan algunos temores que están intrincados en conflictos psicológicos; un ejemplo lo constituye la persona que interpreta o, incluso, anticipa los cambios físicos como mortales, cambios que suelen ser característicos de la enfermedad, como la pérdida de cabello por la quimioterapia en el enfermo de cáncer. No obstante la mayor parte de los temores se deben a la incertidumbre y al enfrentamiento a lo desconocido, estos tienen su origen en los significados personales que el paciente le da a su enfermedad, a las construcciones psicológicas que ha usado para darle sentido a la vida y a la muerte.

Principalmente enfrenta tres temores comunes: miedo al dolor, miedo a la soledad y a que la vida carezca de sentido. Según Limonero (1996), el miedo al dolor y a la soledad se presentan con más frecuencia. Muchas veces, se cree que aminorar el dolor y poner todos los medios disponibles para mantener con vida a un paciente el mayor tiempo posible es lo único que el profesional de la salud puede hacer por él, en sus últimos momentos. Ante esto, dicho autor encontró que generalmente una vez hecho el diagnóstico de enfermedad terminal, tanto enfermeros como médicos prestan poca atención al paciente, evitando todo contacto con éste y solo atendiendo las necesidades más urgentes. No sólo hablan menos con él, sino que le proporcionan menos cuidados rutinarios.

Aunado a esto la persona presenta problemáticas de corte existencial, pues vivencia una pérdida de control ante su propio destino, se cuestionan el haber llevado una vida “digna” o plenamente satisfactoria; aparecen remordimientos o pesar por haber realizado algún acto “vergonzoso” o inaceptable para el paciente, así como sentimientos de fracaso en áreas de la vida importantes para el individuo y conflictos no resueltos, tales problemáticas suelen ser una fuente importante de angustia y ansiedad durante esta etapa. La magnitud de la reacción es altamente variable, el saberse afectado por un padecimiento maligno, motiva a una serie de cambios y un estado de estrés inducido por la percepción de la enfermedad, y por los estigmas derivados de ella, la reacción depende del tipo de enfermedad, el avance del padecimiento, la madurez emocional, del cómo se tome la noticia y del apoyo familiar que reciba.

3.5. NECESIDADES DEL PACIENTE TERMINAL

Para todo el género humano, vivir se convertirá en morir; la muerte es la consecuencia inevitable de la vida. Y sin embargo, lo inevitable no significa aceptación, voluntad, ni siquiera comprensión. La diferencia entre el proceso de morir de una persona que padece una enfermedad en fase terminal y una que no la posee es el proceso de agonía, proceso que se vive antes de morir. Tal proceso es “el camino por el que se viaja hacia el no ser, hacia la aniquilación física, y abarca un periodo que puede estar cargado de dolor, deterioro corporal y angustia mental. La muerte es el estado final del no ser. El hombre no puede conceptuar su propia muerte, su propio estado de no ser. Sin embargo, puede formarse un concepto del proceso de agonía, y también del no ser de otra persona. Así, la mayoría de personas temen más el proceso de agonía que la propia muerte”⁶.

Durante este proceso el enfermo en fase terminal presenta diversas necesidades que se tratarán a continuación, sin embargo se debe considerar que las necesidades que cada paciente presente serán diferentes, ya que dependen de cada enfermedad y personalidad del enfermo.

3.5.1. NECESIDADES BIOLÓGICAS

El enfermo precisa una atención médica y de enfermería minuciosas en relación con todos los aspectos biológicos: “ritmos circadianos (sueño, alimentación), excretas (orina, deposición, etc.), higiene y síntomas de la enfermedad (dolor, vómitos, tos, hipo, etc.)”⁷. Es muy

⁶ VILAGRASA, P., y PEYA, M., *Paciente terminal y muerte*, p.16.

⁷ ASTUDILLO, W., et. al. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia, p.67.

importante tranquilizarle, asegurándole que se le hará todo lo posible para aliviar los síntomas que le afligen.

Una de las necesidades físicas se debe a que “la sensibilidad y capacidad de movimiento del paciente, así como sus reflejos, se pierden, primero en las extremidades inferiores y luego, gradualmente, en las superiores. En esta fase la presión sobre las extremidades parece molestar al enfermo, por lo que las sábanas deben estar flojas. Asimismo, es importante que se realicen cambios posturales frecuentes”⁸.

Otra necesidad es que “a medida que se deteriora la circulación periférica, existe una abundante sudación y la superficie corporal se enfría, independientemente de la temperatura de la habitación... La temperatura del organismo empezará a elevarse. Por fría que esté su superficie corporal, la mayoría de pacientes moribundos nunca notarán tal sensación... En este punto, necesitan ropas más finas y circulación de aire fresco”⁹.

Una necesidad más aparece “a medida que la visión y audición disminuyen, el enfermo moribundo sólo ve lo que está muy cerca y sólo oye lo que se le dice directamente a él”¹⁰ por lo que se no se les debe hablar en voz baja, ni susurrar en la habitación, así como no crear sombras.

La “sensibilidad por contacto del paciente moribundo está disminuida, aunque puede sentir la presión... por lo que el contacto físico puede ser una intrusión”¹¹, debido a esto es importante pedirle permiso para tocarlo y explicarle cada maniobra que se le hará si es necesario tocarlo.

El paciente moribundo con “frecuencia permanece consciente hasta el final. Y por lo tanto, hasta el final se le deben brindar cuidados integrales. Pero independientemente de que esté consciente o no, en la agonía sigue siendo la misma persona que fue en vida”¹². Generalmente, en la proximidad del fallecimiento, muchos pacientes parecen entrar en un estado crepuscular entre la vida y la muerte. Cuando el paciente pierde la conciencia, particularmente si el nivel es ligero, parece continuar siendo consciente del sonido y tacto, y de otros sentidos en un menor grado, siendo posible que perciba a veces la presencia de otra gente a pesar de encontrarse aparentemente en la inconsciencia más profunda.

⁸ VILAGRASA, P., y PEYA, M., op. cit., p.17.

⁹ Idem.

¹⁰ Idem.

¹¹ Ibidem, p.18.

¹² Idem.

Por esto, es muy importante manejarle delicadamente en todo momento, como si se tratase de un paciente consciente, llegando aun a explicarle las cosas que se le van a hacer como los procedimientos de cateterización, cambios posicionales o ponerle inyecciones. También se le debe indicar que el dolor será mantenido bajo control, que no está solo, informándole sobre quién ha llegado, la hora del día, etc., porque ello puede contribuir a dar paz a su mente (Astudillo, et. al., 1995).

Con frecuencia “es necesario proceder paso a paso, en lugar de buscar un alivio inmediato y total. Un buen control biológico produce un aumento del bienestar de los enfermos, mientras que cualquier defecto en el mismo lo deteriora”¹³.

3.5.2. NECESIDADES PSICOLÓGICAS

La enfermedad provoca una convulsión en el mundo interno de quien la padece, que se encuentra de repente ante algo que no puede dominar y que tampoco, “a su parecer, dominan plenamente los médicos”¹⁴. Con ella se derrumban muchos muros que con frecuencia se establecen en tiempos de salud y que parecían indestructibles. Si es particularmente grave, el paciente comienza a plantearse interrogantes sobre el sentido de la vida, del dolor y de la muerte, etc., a los que pretende buscar solución.

Las necesidades psicológicas del enfermo en fase terminal son numerosas. Muchos de ellos “no sacarán a la luz sus preocupaciones si no se les pregunta específicamente por las mismas y, a menos que éstas sean reconocidas y atendidas, será por lo general imposible lograr un adecuado tratamiento del dolor y de otros síntomas físicos”¹⁵.

Las necesidades psicológicas del paciente en fase terminal son: “1)seguridad, sentirse seguro de lo que le esta ocurriendo; 2)sensación de pertenencia, deseo de sentir que lo necesitan y de que no es una carga; 3)amor, expresiones de afecto y contacto humano (tacto); 4)comprensión, explicación de síntomas y de la naturaleza de la enfermedad, oportunidad para poder hablar sobre el proceso de la muerte; 5)aceptación, sin tener en cuenta el estado de ánimo, sociabilidad y aspecto personal; 6)amor propio, participación en la toma de decisiones, especialmente cuando va en aumento la dependencia física de los demás, oportunidad de dar y

¹³ MONGE, M.A., El trato integral del enfermo hospitalizado: derecho a la atención espiritual, en Revista Médica de la Universidad de Navarra, 33 (4), p.235.

¹⁴ ASTUDILLO, W., et. al., op. cit., p.67.

¹⁵ Idem.

de recibir; y 7) confianza, comunicación sincera con la familia y con los encargados de su atención, también requiere tener confianza en que está recibiendo la mejor atención posible¹⁶.

En general, el enfermo requiere que alguien le escuche, le apoye, le permita expresar su afecto; necesita sentirse amado y aceptado, comprendido, acogido y acompañado en sus últimos momentos, así como saber que el médico va a hacer todo lo posible por ayudarlo, asistiéndole regularmente en cualquier problema que se le presente.

Es importante recordar que todos respondemos al amor y al respeto, a la honradez y dignidad, al contacto físico y a la compañía. Los moribundos “sienten posiblemente más estas cosas que nosotros”¹⁷. Con ellos cualquier comentario, expresión de la cara, etc., puede tener significado. Todos los momentos son preciosos, y nadie es más consciente del tiempo que el hombre o la mujer que se enfrentan con la muerte. “No piden mucho tiempo de nosotros, sólo quieren que el tiempo que se pase con ellos sea enteramente dedicado a su persona, y que no se les haga sentir que tienen menos importancia o prioridad que otros que pueden ser curados”¹⁸.

El enfermo terminal comúnmente le teme “al dolor severo, a la asfixia, a la incontinencia, a la pérdida del lenguaje, a las parálisis, a la desolación, a morir solo, a ser enterrado vivo, a dejar cosas incompletas y a tener una muerte indigna”¹⁹. Por lo que es importante tranquilizar al paciente en cuanto a estos temas, dándole explicaciones de lo que se hará para que esto no suceda, sin embargo se le debe hablar con sinceridad sobre el proceso de su enfermedad.

Otra necesidad, del enfermo terminal, es la de despedirse, “poder dar las últimas instrucciones y hacer la paz con aquellos que tuvo diferencias, hechos estos que toman su tiempo y que no pueden ser satisfactoriamente realizados si se retrasan demasiado, porque hacia el final, el paciente puede estar muy débil, haberse deteriorado mentalmente, o estar muy sedado. Las personas encuentran más difícil despedirse de aquellos con los que tuvieron una relación altamente conflictiva. Es como si quisieran aclarar las cosas primero para poder decirse adiós”²⁰. Es por esto que se deben favorecer los encuentros entre el enfermo y aquella persona de la que se desea despedir.

¹⁶ Ibidem, p.68.

¹⁷ Ibidem, p.69.

¹⁸ Idem.

¹⁹ Ibidem, p.70.

²⁰ Ibidem, p.72.

3.5.2.1. PÉRDIDAS Y MIEDOS DEL PACIENTE TERMINAL

Cualquiera que viva una enfermedad progresiva e incurable enfrenta muchas pérdidas antes de que llegue la muerte, además que anticipa su propia agonía. Hay pérdidas tanto físicas como psicológicas, que van acompañadas de cambios en las diversas áreas de la vida del enfermo.

Sherr, L. (1992) menciona las siguientes pérdidas que enfrenta una persona con una enfermedad terminal antes de su muerte: pérdida de relaciones interpersonales, de status económico y social, de sexualidad, de la autoimagen, pérdida de planes, de proyectos y la posibilidad de tener un futuro agradable y finalmente, pérdida total por la muerte.

En los pacientes terminales existe una amplia variedad de miedos que pueden ser reales o ficticios. En general algunos de los miedos que han sido expuestos por los diversos autores son:

- “- A exponer sus pérdidas físicas e intelectuales ante los demás.
- A perder el atractivo físico.
- A la estigmatización y al rechazo social.
- A la baja de status financiero y laboral.
- Al aumento de la dependencia y a la pérdida de funciones.
- A volverse demente.
- A perder a sus seres queridos.
- Al dolor y sufrimiento (a no ser capaz de soportarlo o enfrentarlo) y perder el control.
- A la incapacidad para tomar decisiones.
- Al abandono, a la soledad y a la tristeza.
- A perder la identidad teniendo un derrumbe psicológico.
- Y sobretodo, a la agonía, a la muerte y a lo desconocido que vendrá después de ella.”²¹

Sin embargo, estas pérdidas y miedos no sólo las experimenta el que padece la enfermedad terminal, sino que los familiares también los viven, pues presencian y anticipan la agonía de su ser querido y de alguna manera, al ver morir al otro, anticipan también su propia muerte, que llegará algún día.

²¹ AGUILERA, C., Diferencia en la adaptación psicológica en homosexuales con reacción positiva o negativa a la prueba de anticuerpos contra el VIH, Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Iberoamericana.

3.5.3. NECESIDADES ESPIRITUALES

La falta de una finalidad para vivir produce desesperanza y depresión. El enfermo mantiene la esperanza cuando tiene una meta. Frecuentemente, es de ayuda procurar encontrarle unas pocas metas realizables, que pueden cambiar conforme la muerte se acerca. Si el objetivo final puede alcanzarse mediante el logro de una serie de objetivos menores, tanto el paciente como el equipo asistencial podrán mantener viva la esperanza. La mayoría de los pacientes se adaptan mejor a la muerte cuando experimentan que existe un interés profesional amistoso, sincero y sostenido (Astudillo y Mendinueta, 1995).

Una buena manera de ayudarle al enfermo es interesarse por su vida pasada, por los eventos más importantes y recalcar todo lo bueno que ha hecho o los intentos que ha realizado para conseguirlos. El paciente necesita sentirse confortado de conocer que sus esfuerzos han dado su fruto.

La persona que se adapta mejor al sufrimiento es aquella que permanece realista y esperanzada en toda situación. Algunos pacientes derivarán de sus creencias religiosas la fuerza necesaria para seguir gracias a su fe en que existe un mundo espiritual más allá del físico.

Frecuentemente el paciente terminal sentirá deseos de hablar de sus creencias, de su Dios, para lo que necesitará que alguien lo escuche. La satisfacción de esta necesidad le servirá para calmar sus temores y para recobrar fuerzas que le permitirán continuar, basándose en creencias que le den seguridad ante su muerte inminente. Este tipo de necesidades espirituales a menudo “surgen con más fuerza por la noche”²².

3.6. DERECHOS DEL PACIENTE TERMINAL

La OMS (1990) estableció ciertos derechos que el paciente terminal posee:

1. El paciente con enfermedad terminal, tiene derecho a vivir hasta su máximo potencial físico, emocional, espiritual, vocacional y social, compatible con el estado resultante de la progresión de la enfermedad.

2. Tiene derecho a vivir independiente y alerta. Esto le permite ejercer su autonomía.

²² VILAGRASA, P., y PEYA, M., op. cit., p.18.

3. Tiene derecho a tener alivio de su sufrimiento físico, emocional, espiritual y social.

4. La OMS recomienda la conformación de equipos de cuidado paliativo, que, con los aportes de las diferentes disciplinas, ayudan al enfermo y a su familia a soportar sobre sus hombros la inmensa carga que el proceso de la enfermedad conlleva.

5. Tiene derecho a conocer o a rehusar el conocimiento de todo lo concerniente a su enfermedad y a su proceso de morir.

6. Tienen derecho a ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores en su proceso de aproximación a la muerte, pero competentes en su campo y seguros de lo que hacen.

El personal que cuida enfermos en la fase terminal, debe ser altamente calificado desde el punto de vista humano y profesional.

7. Tiene derecho a que no se le prolongue el sufrimiento indefinidamente, ni se le apliquen medidas extremas y heroicas para sostener sus funciones vitales.

Se debe tener presente, que así como se ayudó al paciente a vivir su vida de la mejor manera posible, se le ayudará a que muera de la misma forma. El cuidado de los enfermos terminales implica una continua toma de decisiones y es el paciente quien debe decidir, siempre que su capacidad para tomar decisiones se encuentre intacta. En la actualidad existen documentos denominados testamentos vitales, en los cuales el paciente puede manifestar previamente cual es su voluntad.

Es deber del equipo de salud, velar siempre porque las decisiones que sean tomadas correspondan a aquello que más beneficie la calidad de vida del paciente y contribuya al mantenimiento de la dignidad humana del mismo, tanto al vivir como al morir.

3.7. CONCEPTO DE MUERTE

A partir de lo investigado sobre el tema, se ha descubierto que los diferentes conceptos que pueden ser considerados respecto a la muerte, se pueden clasificar en dos, es decir, en aquellos que abordan la muerte como un suceso objetivo y aquellos que la ven como subjetiva.

La muerte es objetiva ya que el hecho ocurre, se da, independientemente de la intervención de la voluntad y decisión del sujeto. Sin embargo, al ser experimentada por un individuo, la vivencia del hecho se convierte en subjetiva. Y es en este carácter de subjetividad donde la experiencia se convierte en un hecho existencial, en el que se descubre que la muerte es un hecho:

- Individual. Experimentado por cada individuo en un momento preciso de su existencia.
- Inenarrable. No es posible que la persona que lo está viviendo pueda, simultáneamente, narrarlo en su totalidad.
- Íntimo. Ocurre abarcando hasta el nivel existencial más profundo de la persona.
- Irrepetible. Sólo se da una vez en la vida de una persona.

A pesar de lo anterior, el hecho de la muerte, si bien ocurre en cada una de las personas como individuos, con las características arriba señaladas, de igual manera, es un hecho que es experimentado también por las personas que rodean al moribundo. Es por eso que hay tantos conceptos de muerte y actitudes frente a ella como personas haya en el mundo.

El concepto de muerte tiene un gran componente de aprendizaje. Se aprende a nivel cultural, modificándose con ello la concepción particular que se tiene de tal concepto. El medio en el que se desarrolla la persona proporciona gran parte del concepto y de la actitud que el sujeto posee ante la muerte.

Para Quintanar (1996) la muerte es la “cesación de la vida que se da cuando se suspenden las funciones vitales, que no permiten ya emplear los procedimientos médicos de resucitación”²³.

3.7.1. FORMAS DE MORIR

Antiguamente la muerte se presentaba en la casa del enfermo en un ambiente familiar rodeado de sus seres queridos, actualmente la muerte ocurre en los hospitales en el mayor de los casos. Este hecho no debe de señalarse o estigmatizarse tanto, pues es ahí donde reciben atención, probablemente la última atención.

²³ QUINTANAR, F., Muere un familiar significativo, Tesis de Maestría de Desarrollo Humano, Universidad Iberoamericana. p.11.

Cuando la medicina pasa de conservar la salud a mitigar el sufrimiento del enfermo y, si es posible, prolongar la vida, es cuando el paciente ya se acerca a su fin, en este momento la medicina y el médico ya no pueden hacer nada por su salud, lo que queda es ayudarlo a esa persona a bien morir (evitando sufrimientos físicos, dolores, angustia, ansiedad, etc.). De ahí la necesidad de que los médicos estén preparados con conocimientos tanatológicos o que los hospitales cuenten con tanatólogos.

La etapa final implica un deterioro de las funciones vitales, confusión y temores, y en algunos casos dolores agudos, que hacen el deceso muy prolongado; ante el sufrimiento físico es posible que el paciente terminal pida morir o que se le ayude a morir para evitar más dolor. Al respecto Muñoz, Sánchez y González (1995, citado en Becerra, 1996) mencionan que realmente el enfermo no quiere la muerte sino evitar el sufrimiento, a lo que la expresión “quiero morir” se traduce en “alívieme el dolor y présteme atención”. Sin embargo, puede confundirse el mensaje de aliviar el dolor y traducirse en recortar la vida; ejecutar esta expresión cae en una solución polémica, la eutanasia. El sentido que se le dé a la palabra eutanasia, dependerá de que la gente la considere como un crimen o como un acto de misericordia. Etimológicamente significa “buena muerte” pero es evidente que éste concepto dista mucho de lo que se entiende actualmente por este término. Una definición muy completa de eutanasia es: “... toda actuación cuyo objetivo es causar la muerte a un ser humano para evitar sufrimientos, bien a petición de este, bien por considerar que su vida carece de calidad mínima para que merezca el calificativo de digna” (Muñoz, Sánchez y González, 1995).

Respecto a la eutanasia Viorts (1990) distinguen dos formas de práctica: la activa, que provoca inmediatamente la muerte mediante la aplicación de un agente letal; y la pasiva, que provoca la muerte mediante la omisión deliberada de un cuidado de vida necesario para la curación o supervivencia. Sin embargo, según Muñoz, Sánchez y González (1995) no existe una eutanasia activa y otra pasiva, sólo existe eutanasia, una práctica ética condenable, encaminada a matar (por acción u omisión) a quien padece una enfermedad incurable o sufrimientos insoportables, además argumentan a favor de quienes le son partidarios, ya sea por petición voluntaria o no, la consideración de “indigna” a toda muerte que haya sido precedida o acompañada de sufrimientos.

Para morir no hay un reglamento, se puede considerar una muerte natural cuando el organismo rechaza todo tratamiento. Pues no se trata de mantener con medicamentos y aparatos la existencia de una persona, tecnicizando o mecanizando la muerte.

Hay soluciones legales para clarificar la muerte de una persona y evitar una muerte técnica o mecánica, una de ellas es que se deben establecer, en todo hospital, comités de ética, encargados de resolver y enfrentar conflictos sobre la conducción, control y dominio de la situación del paciente. Tales comités observan criterios que apoyan y discriminan el hecho para que a la persona se le prolongue la vida por medios artificiales, o se le eviten sufrimientos, donde el control sobre las circunstancias en que ocurre la muerte crea una distancia hacia el paciente, medicalizando o tecnificando la muerte, aquí la ética da solución a frases como: no resucitar, administrar una inyección y soporte de la vida terminal. Gutiérrez (1997) dice que lo mejor por hacer es guiar al paciente al proceso y dolor de la agonía, con base en la dignidad de la persona.

Longaker (1998) menciona situaciones que pueden considerarse como muertes no dignas dentro de un hospital, y tales son:

- a) Morir sin que se permita a los familiares estar cerca, tomarlo de la mano, acariciarlo o besarlo.
- b) Morir sin los auxilios espirituales que cada cual hubiera deseado.
- c) Morir abandonado por el personal, que destina sus esfuerzos a los enfermos recuperables.
- d) Morir rodeado de aparatos, con el cuerpo invadido por sondas, catéteres, etc.
- e) Morir y permanecer retenido el cadáver en tanto no se cubra la cuenta del hospital.
- f) Morir sin que se tomen en cuenta los deseos, aspiraciones o instrucciones del moribundo.
- g) Morir en presencia de estudiantes que observan morbosamente.
- h) Morir como fracaso de una experimentación que no tomó en cuenta su voluntad y sus derechos.

Actualmente por medio de la educación en los hospitales, se cuenta cada vez más con la disposición de los profesionales de la salud al auxiliar al enfermo terminal, un ejemplo de ello es la generación de soluciones que eviten sufrimientos innecesarios y ayuden al paciente a morir con “dignidad”; el conjunto de estas alternativas se agrupa en una rama de la medicina: la medicina paliativa, que por definición se orienta a evitar el dolor, agregando conceptos éticos y profesionales de respeto al paciente y a su dignidad, preparada técnicamente para ayudarlo a vivir la última etapa de la enfermedad y de la llegada a la muerte con la mayor calidad de vida posible, atendiendo todas las necesidades de la persona en esa situación y aceptando con naturalidad el hecho de la muerte.

Es importante apoyar que el profesional de la salud tenga conocimiento de las necesidades de la persona, de la enfermedad terminal, de los tratamientos más adecuados y de las responsabilidades que tiene ante la vida que declina, pues a pesar de tener presente la muerte inminente es difícil de confrontar y de resolver sin crear conflictos profesionales.

3.7.2. MUERTE O FASE FINAL

La muerte en hospitales ha aumentado, morir sin presencia médica ya no es un hecho común, observar un deceso sin medicamentos o técnicas de salud se hace sinónimo de terquedad romántica, falta de atención o desastre natural. La presencia de la muerte en hospitales se encuentra en un porcentaje significativo de los pacientes de la unidad de terapia intensiva, donde desde hace 25 años se ha establecido, en casi todas las legislaturas del mundo, el concepto de muerte cerebral para indicar la muerte de un paciente.

En México, existe legislación de muerte cerebral con criterios de aplicación de la Universidad de Harvard, de acuerdo con estos criterios es necesaria la ausencia de reflejos medulares y la presencia de un encefalograma sin actividad cortical por 24 horas. En otros países es necesario el diagnóstico de dos neurólogos diferentes y que no sean médicos del paciente, descartando daño neuronal y farmacológico. Estos criterios de muerte cerebral no se aplican a niños menores de 5 años (Papalia, 1997).

En el mundo del enfermo en fase terminal se observan dos procesos: el de agonía y el acto de morir, la agonía es el camino por el que viaja hacia el final de la vida, hacia la aniquilación física. La agonía abarca un periodo que puede estar cargado de dolor, deterioro corporal y angustia mental. La muerte, o acto de morir, es el estado final de la existencia humana, cuando deja de funcionar el organismo. Dado este diagnóstico cuando se ha perdido actividad neuronal en el cerebro.

Durante la etapa final o agonía, la persona enfrenta problemas tanto físicos como psicológicos, tales como la pérdida de sensibilidad, la capacidad de movimiento; pérdida de sus reflejos, primero en las extremidades inferiores y después en las superiores. A medida que aumenta el proceso de deceso, la persona sufre deterioro de la circulación periférica, abundante sudación, disminución de audición, visión y tacto. Pueden agregarse dolores agudos constantes cuando la enfermedad es degenerativa como el cáncer, la pancreatitis, alguna infección renal, etc.

Por ello, la mayoría de las personas temen más el proceso de agonía que a la propia muerte; esto explica un poco más el por qué los pacientes moribundos necesitan apoyo antes del deceso, pues ellos presentan necesidades psicológicas o emocionales (determinadas en gran medida por la etapa de agonía que presentan) y fisiológicas (influidas por los cambios corporales).

A pesar de todo ello la mayoría de los enfermos encuentran la manera de confrontar la enfermedad manteniendo hasta el final la esperanza, que transforma su objetivo conforme avanza la enfermedad, siendo éste primero de alivio y después de tener una “buena muerte”.

3.8. LA FAMILIA DEL PACIENTE TERMINAL

El diagnóstico de una enfermedad terminal no solo afecta al paciente que la padece, sino que ésta provoca reacciones emocionales en toda la familia, tales como confusión, temor, culpa, agresión y depresión.

La dinámica y el tipo de estructura familiar determinarán la manera en que la familia se ve afectada, aun así el estado de tensión prevalece por un tiempo prolongado. Es de vital importancia involucrar a la familia en el tratamiento del paciente, ya que esta participación le permite una oportunidad de prepararse adecuadamente para cada etapa de la enfermedad. Así como el mismo paciente pasa por sus diferentes etapas de elaboración ante su enfermedad, la familia también lo hace.

3.8.1. NECESIDADES DE LA FAMILIA

Al igual que los pacientes terminales, la familia y en general los seres queridos enfrentan muchas realidades y dificultades a las que se debe responder. Ellos también viven un proceso de ajuste psicosocial debido a la situación de enfermedad y necesitan aceptar su nueva identidad como familiares que sufren una enfermedad terminal. Sufren el estigma social y el aislamiento por parte de la sociedad, ya que normalmente los familiares del paciente terminal dejan de asistir a reuniones y eventos sociales y viven un tipo de marginación.

Se ha encontrado que en una sociedad latinoamericana como la nuestra, la familia sigue siendo uno de los sistemas de apoyo más importantes para el enfermo terminal. Así mismo, se ve que gran parte del cuidado y atención a los pacientes recae en manos de sus familiares y

sobretudo la pareja, por lo que ellos enfrentan una gran gama de necesidades y de no recibir apoyo psicológico para sí mismos, pueden desgastarse tanto emocionalmente hasta el punto de que no sean capaces de comprender o hacer frente a la negativa, el enojo o la desesperación del paciente, por más que lo deseen. Esto sucede sobretudo cuando la enfermedad o la agonía se prolongan demasiado y es entonces cuando tienden a presentarse las crisis.

Cuando se toma la decisión de llevar a un ser querido a morir en casa, debe ir acompañada de una valoración completa de cada caso, asegurándose que el enfermo y la familia posean ciertos requisitos previos básicos, como lo es el apoyo médico y psicológico. Esto se debe a que el cuidado del paciente crónico o del terminal, recluido en su domicilio conlleva una grave carga social y psicológica que recae básicamente en la pareja y en los hijos (sobretudo en las mujeres, ya que históricamente el papel femenino incluye este tipo de responsabilidad).

En el apoyo psicológico se busca facilitar el soporte emocional, el apoyo social y el lograr que tanto el paciente como los familiares busquen su autocuidado. Este último implica animar y enseñar al paciente terminal a que haga sus propios planes en función de su vida diaria y motivarlo para que tenga continuidad y buscar que los familiares, en la medida de lo posible, hagan lo mismo, para que no vivan únicamente alrededor del que está por morir.

Cada uno de los familiares del enfermo terminal tiene sus propias necesidades y obligaciones, dentro y fuera de casa y es importante que puedan definirse y descubrirse como seres con vida propia, que si bien comparten el sufrimiento con el enfermo y buscan darle cuidado y atención, necesitan seguir con sus vidas propias y no descuidarse ni a sí mismos, ni al resto de los seres queridos.

3.8.2. APOYO PSICOLÓGICO PARA EL FAMILIAR DEL PACIENTE TERMINAL

El apoyo psicológico a la persona que vive la enfermedad terminal de un familiar se ha reconocido como una de las necesidades primordiales que se debe cubrir, ya que es necesario apoyarlo para que pueda encontrar cierta adaptación a tal situación. Este apoyo psicológico se puede comenzar a brindar desde que se conoce el diagnóstico del familiar, y se continúa a través de la crisis que se vive, durante el reajuste a un nuevo tipo de vida y en las etapas terminales.

El tomar psicoterapia, sobretodo en los momentos de crisis, les permite a los familiares del paciente terminal elaborar poco a poco la muerte. Las etapas por las que pasan con este apoyo, les sirven para conseguir aceptar la muerte y la pérdida de forma tranquila, permitiéndoles despedirse y acompañar con dignidad al enfermo terminal hasta el final.

Según Deuchar (1984), la meta de esta intervención psicológica con familiares de pacientes terminales es habilitarlos a aceptar la enfermedad terminal y recobrar la habilidad para manejar sus vidas, ya que la psicoterapia es una reestructuración que incluye el encontrar un nuevo significado a la vida y a la relación con el paciente enfermo, adaptándose a las limitaciones que impone la situación. Es indispensable considerar los mecanismos que utiliza la persona para hacer frente a la situación y buscar nuevos para tratar el problema actual. Es importante que el familiar del paciente terminal sepa que "hay alguien (el terapeuta) dispuesto a brindarle ayuda a él y no sólo al enfermo. También es necesario atender los sentimientos de culpa y negación a fin de favorecer la aceptación de la enfermedad y fomentar una sana despedida"²⁴

También es importante que el familiar del paciente terminal aprenda a hablar con la verdad y a no sentirse culpable por hacerlo, aún con el mismo paciente. Es común que se experimente culpa al no ocultar el diagnóstico o el pronóstico, sin embargo, es aconsejable decir la verdad y crear un canal de comunicación honesto con el que vive la enfermedad.

Cuando el familiar del enfermo en fase terminal experimenta culpa, la intervención psicológica en este momento le ayudará a deshacerse de ella y a sobrellevar el miedo y el coraje que experimenta al informar y hablar sobre el mal pronóstico de su familiar.

Fernández (1990), concluye que es importante apoyar al familiar del enfermo terminal para que comunique el diagnóstico y el pronóstico siempre cara a cara, en privado, sin demoras, siendo sincero y abierto, hablando con sencillez y claridad, y entendiendo que seguramente el paciente reaccionará con sufrimiento ante la noticia. Aunque, aparentemente, el hablar con la verdad ocasiona sufrimiento al paciente terminal, "le permitirá elaborar su propia muerte, aceptarla y desprenderse de la propia vida con tranquilidad"²⁵, el cual es el principal objetivo de la tanatología.

²⁴ DEUCHAR, N., AIDS in New York City with particular referente to the psicho-social aspects, British Journal of Psychiatry, Tomo 142 (1), p.84.

²⁵ FERNÁNDEZ, A., Reacciones emocionales en 2 grupos de adolescentes con tipos de cáncer diferentes: osteosarcoma y enfermedad de Hodkin, Tesis de Lic. en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM.

En la intervención que se hace durante esta crisis, es necesario asegurarse de que las emociones sean expresadas, de que se atiendan las necesidades físicas del familiar del paciente terminal y de que no se califique de “buena” o “mala” ninguna emoción. La orientación de la intervención, según Sherr (1992) debe contemplar “la solución de problemas prácticos en cuanto al manejo del enfermo y sus cuidados, y a las responsabilidades de la propia vida, analizar alternativas y usar los recursos disponibles, también se le ha de ayudar a desarrollar un entendimiento genuino de sus necesidades y a aceptar la realidad tal y como es”²⁶.

Para Anderson (1991), como en toda crisis, “lo primero es validar los sentimientos y dar apoyo al familiar del enfermo terminal. Es importante que después se le acompañe a establecer control y a resolver problemas estableciendo metas a corto plazo. Es importante que el familiar identifique los aspectos controlables de la situación, que pueden convertirse en el foco de actividades dirigidas a metas. Así, el familiar puede comprender que la vida sigue, que el que está muriendo no es él y que el abandonarse a sí mismo por el enfermo no cambia ni el diagnóstico ni el pronóstico”²⁷.

Así, aún en la técnica psicoanalítica, según lo afirma Kleppsich (1985), basado en la obra del Dr. Lawrence para personas que viven un cáncer terminal, la meta final de la intervención es que tanto el paciente como su familia puedan vivir, en la medida de lo posible, independencia y control de la propia vida. El terapeuta transmite al paciente terminal y a su familia la convicción de que la persona misma tiene la capacidad de enfrentar la propia vida, la enfermedad y destino. Busca que cada uno de los que viven afectados por la enfermedad terminal logren vivir una vida emocional plena y satisfactoria en los días que queden antes de que muera el enfermo. Este enfoque también busca que el paciente y su familia se despidan mutuamente y que hagan una evaluación de todo lo bueno que vivieron juntos, con el objetivo de aminorar el miedo a la muerte, ya que, según este autor, tal miedo siempre tiene su origen en la convicción de que no se ha vivido lo suficiente.

El mayor énfasis en el análisis ha de ser “ayudar al familiar del enfermo a tener una mayor comprensión y aceptación de la enfermedad y del proceso de muerte y afirma que en ocasiones es bueno ayudarlo a intelectualizar la enfermedad para disminuir los sentimientos hostiles o de culpa”²⁸.

²⁶ SHERR, L., op.cit., p.55.

²⁷ ANDERSON, AIDS and terminal diseases, Abstracts of the Psychological and Behavioral Literature. American Psychological Association, p.48.

²⁸ KLEPPSICH, S., La biopatía del cáncer según Reich y la ergonomía médica, Tesina de Lic. en Psicología, Universidad Iberoamericana.

Según Schwartz y Karasu (1977, citado por Kleppsch, 1985), el objetivo de la psicoterapia con pacientes terminales o sus familias es lograr un tipo de eutanasia, es decir, lograr el arte de bien morir, fácilmente y sin dolor, donde la angustia y el miedo a la muerte deben ser aminorados, logrando que el paciente y sus familiares elaboren la despedida y “ acepten lo inaceptable”, el hecho inminente de la muerte.

Lo que estos autores sugieren es la técnica de la revisión de la vida, la cual consiste en revivir los momentos más importantes de la vida, con el objetivo de que la persona que muere se de cuenta de los momentos intensos y llenos de vida que experimentó, para que pueda disminuir la ansiedad de no haber vivido lo suficiente y para que pueda decidir cuáles serán las personas de las que habrá que despedirse.

Por lo tanto, sea cual sea el enfoque terapéutico cuando se trabaja con una enfermedad terminal, lo que se busca generalmente es que el familiar del paciente terminal logre reincorporarse a su vida cotidiana, que supere los sentimientos de culpa y enojo que experimenta y que pueda elaborar la despedida aceptando la realidad de la enfermedad y aprendiendo a obtener de esa experiencia un aprendizaje positivo. Para conseguir esto se pueden utilizar técnicas de diversas corrientes psicoterapéuticas.

3.9. CUIDADOS PALIATIVOS DEL ENFERMO TERMINAL

Los enfermos en fase terminal presentan comúnmente algunos síntomas como el dolor y la debilidad (relacionada normalmente con la anorexia y la malnutrición) seguidos por los problemas de piel, boca, respiratorios y psicológicos, que pueden afectar seriamente su bienestar. Son por lo general persistentes, aumentan de intensidad conforme progresa la enfermedad y tienden a presentarse combinados, por lo que provocan un efecto de sumación (Astudillo, Mendinueta y Astudillo, 1995).

El control de los síntomas es la esencia de un buen cuidado médico paliativo. Durante la etapa de enfermedad terminal al enfermo “le interesa más el control de sus molestias que el propio diagnóstico”²⁹. Ante el cuidado de éstos enfermos es importante considerar que es imposible aliviar la angustia mental sin haber liberado antes a la persona de sus molestias físicas. El paciente “rara vez espera el alivio completo de sus males, pero sí que se demuestre interés por su sufrimiento, que se le explique su significado, y lo más importante para él, tener la oportunidad de hablar de cualquier cosa que le preocupe en cualquier momento.

²⁹ ASTUDILLO, W., et. al., op. cit., p.93.

Los cuidados paliativos son un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y a sus familias en fases finales de una enfermedad terminal. Los cuidados paliativos procuran conseguir que los pacientes dispongan de los días que les resten conscientes y libres de dolor, con los síntomas bajo control, de tal modo que los últimos días puedan discurrir con dignidad, en su casa o en un lugar lo más parecido posible, rodeados de la gente que les quiere (Sánchez, 1998).

Albery, Elliot y Elliot (1993), comentan que con frecuencia, la ayuda prestada a un paciente y a su familia, para sentirse lo más cómodo posible en la experiencia de la muerte, es más importante que limitarse al puro acto médico rutinario o a la corrección de las anomalías fisiológicas asintomáticas. Por tanto, es necesario prevenir o evitar los síntomas responsables del estrés. También es muy importante evitar el sufrimiento, la percepción global de la angustia debida a factores que sumados disminuyen la calidad de vida.

Por otra parte Sánchez (1998), menciona que los cuidados paliativos ni aceleran ni detienen el proceso de morir. No prolongan la vida y tampoco aceleran la muerte; solamente están presentes para aportar los conocimientos especializados de cuidados médicos y psicológicos, y el soporte emocional y espiritual durante la fase terminal en un entorno que incluye al hogar, la familia y los amigos.

De acuerdo con Astudillo, Mendinueta y Astudillo (1995) el tratamiento paliativo debe tener los siguientes objetivos:

1. Buscar la máxima comodidad posible del enfermo, para lo cual es necesario averiguar sus propiedades y evaluar su capacidad funcional.
2. Valorar los síntomas con frecuencia para replantearse el tratamiento conforme evolucione el paciente, al igual que en las condiciones agudas.
3. Marcarse plazos adecuados, racionales y realistas para resolver problemas concretos.
4. Proporcionar apoyo emocional tanto al paciente como a su familia para que éste se sienta lo más arropado posible por su entorno y pueda vivir al máximo de sus posibilidades, evitando adoptar con él un comportamiento paternalista.
5. Se debe procurar no producir más daño del existente ni aumentar los temores. Se recordará que es más fácil poner un tratamiento que retirarlo una vez instituido.
6. Adelantarse en lo posible a la aparición de algunas molestias y explicar las razones para el nuevo síntoma porque si no existe una buena comunicación con el enfermo, éste puede experimentar una regresión a los momentos iniciales.

7. Cuando se trata un síntoma persistente con una medicación, ésta deberá ser administrada regularmente, en una forma profiláctica. El empleo de medicamentos según las necesidades en lugar de en forma regular, produce mucho sufrimiento no aliviado. La prevención es un aspecto muy importante de los cuidados paliativos y puede evitar numerosos problemas tales como las infecciones bucales, úlceras y estreñimiento.

La atención posterior al fallecimiento es fundamental para los miembros de la familia o para algunos amigos, y es aquí en donde los voluntarios y equipo de salud juegan un rol importante en el soporte de la familia.

No obstante de este tipo de ayuda, la gente difiere en lo que considera más importante, especialmente cuando se enfrentan a la muerte. Algunas personas buscan el recogimiento, compartir el tiempo con sus amigos y familiares y expresarles su amor, dejando atados los cabos sueltos (Sherr, 1992). A veces, el momento y la forma de la muerte permiten cerrar este capítulo de forma satisfactoria. Otras personas son incapaces de aceptar la muerte y evitan poner un punto final. Para algunos la vida se debe prolongar, incluso a costa del dolor, un cuadro de confusión evidente o una dificultad respiratoria grave. Para otros, la calidad de vida es el objetivo principal: preferirán medidas poco crueles que permitan soportar al paciente el sufrimiento y la lucha (Biurrun y Jusué, 1996).

Sherr (1992), señala que las preferencias de los pacientes son de extrema importancia en la programación de los cuidados. Un paciente que teme más a la demencia que a la muerte debe ser tratado de forma diferente a aquel que se aferra a cualquier instante de vida, independientemente de su calidad. Para asegurar que los deseos del paciente se lleven a cabo cuando ellos ya no son capaces de dirigir sus propios cuidados es muy importante conocer las leyes locales y las normas institucionales relativas a los deseos en vida.

Por su parte Sánchez (1998), establece que el tratamiento de apoyo debe ser el único objetivo realista para el paciente agonizante. El tratamiento médico de los síntomas más perturbadores debe evitar un sufrimiento innecesario al paciente y a sus familiares y permitir que compartan instantes muy valiosos. Por estas razones, decir que las medidas que se adoptan frente a un paciente ya no son curativas sino de sostén, o que pasan de ser un tratamiento a instituir cuidados paliativos es una simplificación excesiva de una decisión muy compleja. Algunas veces el tratamiento intervencionista es el adecuado. No obstante, el paciente agonizante se puede beneficiar de tratamientos curativos, preventivos o rehabilitadores de la misma manera que una persona no cercana a la muerte lo puede hacer del control de los síntomas y del consejo psicológico.

Por otra parte Tuca, Schröder y Novellas (1998), añaden que la cantidad y la diversidad de las necesidades (físicas, emocionales, sociales o espirituales) que plantea el paciente en la fase terminal exigen, desde la asistencia sanitaria, un abordaje multidisciplinar del problema que pueda satisfacerlas. Para ello se requiere de la elaboración conjunta de los objetivos terapéuticos de los médicos y enfermeros con pacientes y familia.

Las intervenciones del equipo terapéutico irán dirigidas a la obtención del máximo confort posible del enfermo y su familia. Con el abordaje multidisciplinar de los cuidados en los pacientes terminales se pretende ofrecer un espectro más amplio de prestaciones para evitar el reduccionismo de su personalidad y consiguientemente, realizar una evaluación más objetiva de las acciones que deben llevarse a cabo (Pascual, 1997). De la misma manera, con este modo de actuar, se aumenta el respeto a su integridad física, psicológica, social y espiritual en la estructura hospitalaria.

No obstante Biurrun y Jusué (1996), señalan que el abordaje multidisciplinar, no esta exento de problemas que pueden afectar al correcto desempeño de las funciones encomendadas, para un eficaz funcionamiento, el equipo debería saber solventar de manera adecuada los problemas que aparezcan ante diferencias de valores y la divergencia de percepciones.

Esta visión multidisciplinar requiere la aceptación de compartir el poder y constreñirse a una disciplina común, lo que puede provocar cierta reticencia para adherirse al proyecto. Otras derivaciones que dificultan la labor del equipo son el enlentecimiento de la toma de decisiones y una mayor exigencia de tiempo y disponibilidad (Pascual, 1997).

Es por ello que el personal implicado en los equipos de cuidadores paliativos tiene formaciones muy distintas, por lo que es muy importante una buena comunicación entre los miembros. El equipo está formado por: enfermeros, médicos, trabajadores sociales, psicólogos, auxiliares de enfermería, sacerdotes y voluntarios. Las actividades que cada uno de estos debe desempeñar, según lo señalado por Tuca, Schröder y Novellas (1998), son las siguientes.

A los médicos, coordinadores y responsables del equipo, se les exige una buena preparación para estos problemas, así como un profundo respeto por la vida y una gran dedicación a los enfermos terminales. Por otro lado los trabajadores sociales sirven de unión entre las necesidades del individuo y las instituciones existentes. Es el lazo de unión entre el enfermo y su familia y los recursos sociales que precisen.

La tarea de los auxiliares de enfermería pasa a menudo desapercibida, pero es de mucha importancia. Por muy eficaz que sea el tratamiento médico, o el asesoramiento psicológico de un profesional, todos estos trabajos servirán poco, si el enfermo terminal se encuentra molesto porque la cama esté sucia, haya mucho ruido o por pequeños detalles relacionados con la dependencia del enfermo con sus cuidadores. En cuanto a los voluntarios, su tarea es pocas veces conocida, se orienta sobre todo a suministrar una presencia humana y soporte humano a los enfermos.

La tarea del sacerdote es la de cubrir las necesidades espirituales que toda persona puede plantearse: reconciliarse con uno mismo, hacer balance de las opciones fundamentales de su vida, apoyar las creencias religiosas del enfermo o preparar el proceso de duelo por la pérdida de un ser querido, entre otros.

Con lo que respecta a los psicólogos una de las tareas a realizar de éstos es darle calidad a la vida del paciente. Cuando hablo de calidad de vida estoy refiriéndome a la percepción subjetiva de bienestar en el paciente, reflejado en las distintas áreas de su vida. Así pues cuando se habla de mejorar la calidad de vida se habla de mejorar la capacidad funcional en distintas áreas como el funcionamiento psicológico (cogniciones y emociones), las relaciones de pareja y familiares, el bienestar corporal (dolor), el manejo de los síntomas de la enfermedad, su funcionamiento personal (tales como su autonomía y capacidad laboral) además de aspectos sociales y económicos (Pascual, 1997).

La calidad de vida del enfermo terminal no solo se encuentra afectada por la extensión de sus síntomas, sino que está mediada también y de forma principal, por el nivel en que se acepta su condición y se encuentra en paz consigo mismo.

Otra tarea que trae consigo el psicólogo es el apoyo emocional hacia el paciente, cuando éste se enfrenta a la muerte, en el enfermo terminal afloran una serie de miedos que se deben considerar y ofrecer ayuda para superarlos (Golden, Gersh y Robbins, 1992).

Las metas que se deben plantear son la conservación de la autoestima, la dignidad y la integridad en el proceso de la enfermedad. El paciente debe controlar sus síntomas, físicos y psíquicos; la interacción de tales síntomas aumenta la nocividad de tal modo que la consecuencia es un empeoramiento en ambas esferas. Si el afecto negativo es elevado, la expresión de emociones puede presentarse como un problema fundamental.

Según Pascual (1997), los problemas más frecuentes son: aislamiento, miedo, abandono, angustia, incomunicación, rechazo, tristeza, sensación de dependencia, pérdida de atractivo, inutilidad o desesperación. Estos conflictos emocionales reflejan una serie de carencias o necesidades por parte de los pacientes como son amor, seguridad, comprensión, aceptación, autoestima o confianza que debemos ser capaces de detectar.

La problemática psicológica en el enfermo terminal comprende dos tipos de reacciones emocionales importantes: las reacciones depresivas y las ansiosas. Para que un enfermo sea capaz de sacar sus tensiones emotivas, los profesionales que se encuentran a su alrededor deben de mantener una actitud positiva hacia el enfermo y familiares. Los pacientes deben ser respetados y a su vez comprender su situación de malestar. El escuchar a un paciente no es simplemente oír lo que nos dice, sino que debemos intentar comprender su enfermedad, mostrar disponibilidad e interés por lo que nos dice (Cruzado y Labrador, 2000).

Otra tarea importante enfocada hacia el paciente es la comunicación, los procesos de comunicación tienen un papel importante en los cuidados paliativos, puesto que la información que se recibe es la fuente generadora de angustia y ansiedad o cumplen una función tranquilizadora si se realiza adecuadamente. El objetivo importante es crear un clima adecuado de relación y comunicación y no tanto la aplicación de técnicas sofisticadas para ofrecer información.

Los principios básicos de una comunicación eficaz son según Gómez-Batiste, Roca, Pladevall, Gorchs y Guinovart (1991, citados en Pascual, 1997).

Clima adecuado: Este se establece mediante medidas verbales (preguntas claras e inteligibles), medidas no verbales (sentarse cerca, mirar a los ojos, no tener prisa, expresar afecto), espacios (rechazar las pláticas en los pasillos) y tiempos (mostrar disponibilidad para cuando se le necesite).

Respetar las elecciones de los pacientes: Respetar con una actitud de escucha y atención los ritmos, los tiempos, formas y espacios elegidos por el propio enfermo, quien en la mayoría de los casos tiene la capacidad para la elección del interlocutor, estableciendo así una relación directa.

Proceso multidireccional: La información que ofrecemos al paciente no debe referirse solo al diagnóstico y al pronóstico; las causas de los síntomas o la estrategia terapéutica son también

elementos de información. Las falsas esperanzas producidas por promesas imposibles producen más frustración.

Atención adecuada a la familia: La relación adecuada de la familia requiere también soporte emocional, con espacios y tiempos frecuentes dedicados a la información. Esta relación facilita su adaptación a la situación y la convierte en el elemento más natural y eficaz del apoyo emocional.

3.9.1. TRATAMIENTO MÉDICO

Para iniciar un tratamiento se deben considerar previamente en cada enfermo “los síntomas, la edad, su condición general y el estado cardio-respiratorio. Se debe usar preferentemente la vía oral, procurando reservarse la vía parenteral para las etapas finales”³⁰. Dentro del tratamiento médico se debe intentar mejorar el gusto y la tolerancia de los medicamentos con diferentes aditivos y los efectos farmacológicos deseables se deben conseguir a corto plazo, con pocas reacciones secundarias, sin sobrepasar los 5 medicamentos, adelantarse a los síntomas y reacciones secundarias para advertir y prevenir sus efectos (Astudillo, Mendinueta y Astudillo, 1995).

Dado que es difícil predecir la dosis óptima de un analgésico, particularmente del tipo de los opiáceos, laxantes y drogas psicotrópicas, la revisión constante del tratamiento por tratarse de una enfermedad progresiva es lo que lleva al mejor control. Los efectos adversos pueden limitar las posibilidades de que el enfermo cumpla con el tratamiento prescrito. Es importante recordar que el uso simultáneo de varios medicamentos, que a menudo es necesario, puede suscitar problemas adicionales a un enfermo con un estado general débil a través de interferir con el metabolismo normal y la excreción de los fármacos ingeridos.

Si bien muchos síntomas responden a una combinación de tratamientos medicamentosos, o a un aumento de dosis, es necesario optar muchas veces por un término medio, con el fin de evitar sus efectos indeseables. Por ejemplo, los efectos de los anticolinérgicos (sequedad bucal y la perturbación visual) usados en la obstrucción intestinal para reducir la frecuencia de los vómitos, pueden ser en ocasiones factores limitantes, por lo que es mejor, generalmente, tratar de reducir la frecuencia de los vómitos a una o dos veces al día que lograr un control total. Conforme se acerca el final, el paciente puede requerir un tratamiento más simple (Astudillo, Mendinueta y Astudillo, 1995).

³⁰ Ibidem, p.96.

3.9.2. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Además del tratamiento medicamentoso existen programas no farmacológicos que aumentan el bienestar del enfermo mejorando su comportamiento y sus condiciones físicas. Su aplicación correcta reduce el riesgo de efectos adversos. Los abordajes psicológicos ayudan a contrarrestar y atenuar la intensidad del dolor. Parten de la base de que las reacciones álgidas son modificables porque son parcialmente reflejas, lo que implica que si son aprendidas (adquiridas) pueden ser también desaprendidas (eliminadas).

Los tratamientos psicológicos que se utilizan con los pacientes con una enfermedad en fase terminal son los siguientes:

Relajación. Intenta devolver al cuerpo su innata capacidad para contrarrestar el exceso de tensiones y la sobreactividad del sistema nervioso simpático, determinados por la vida diaria. La relajación tiende a modificar favorablemente las pautas mentales de las personas, esto es, aquellos circuitos mentales reverberantes que inducen a la gente a pensar incesantemente, de modo casi involuntario, en las mismas cosas, los ciclos de la preocupación, que generalmente corresponden a inquietudes o ideas negativas que pueden llegar a dañar la salud (Astudillo, Mendinueta y Astudillo, 1995).

Para conseguir éxito con este tratamiento es necesario que el médico explique adecuadamente al paciente el mecanismo por el cual un pensamiento reiterativo puede influir sobre el dolor a través de la ansiedad que contribuye a mantener, para que una vez que el enfermo se dé cuenta, lo suspenda y procure adquirir un nuevo esquema mental y una actitud más positiva ante la vida, que sea más favorable para el organismo en su conjunto.

Los métodos de relajación son diversos: relajación muscular, meditación y relajación con ayuda mecánica del biofeedback, etc. Su objetivo es aprender a dejar los músculos completamente libres de tensión en unos pocos minutos, para luego poder entrenar a la mente a pensar a voluntad en un solo elemento. La terapia de relajación es de gran beneficio para muchos enfermos terminales porque “aumenta el umbral del dolor, reduce la disnea, el temor y la ansiedad, y aumenta la capacidad del paciente para sobrellevar con un sentido de autocontrol las diversas situaciones que atraviesa”³¹.

³¹ Ibidem, p.279.

Biofeedback. Es un método antiálgico que actúa por reducción del componente de ansiedad y de la activación del sistema nervioso autónomo que el dolor produce. Sirve para que el paciente aprenda a desarrollar un control voluntario sobre aquellas funciones del organismo reguladas por mecanismos reflejos, así como para generar y controlar los componentes fisiológicos que acompañan a las emociones positivas.

Con ayuda de diversos instrumentos se permite al paciente disponer de una información inmediata, amplificada y directa sobre varios procesos corporales anteriormente considerados involuntarios (pulso, tensión arterial, temperatura, contracción muscular), para analizar y poner de relieve las respuestas del sujeto a las situaciones de estrés. Puede ser útil para personas que encuentran dificultades para relajarse. Al tener esta información, el paciente, tras varias prácticas de prueba y error, aprende a regular voluntariamente estos procesos fisiológicos y a desarrollar respuestas alternativas más convenientes a estas circunstancias (Astudillo, 1993).

Para ser más eficaz, el biofeedback requiere un entrenamiento en la relajación general y en el manejo de una instrumentación específica. La primera facilita atender y utilizar la información del biofeedback. Cuando el paciente, mediante los aparatos, ha desarrollado la habilidad para reconocer la tensión en las diferentes circunstancias puede continuar sin ellos. No obstante, la presencia de una enfermedad severa y los cambios metabólicos en el cáncer no proveen el medio ideal para esta forma de tratamiento. Así, Fotopoulos y otros, apreciaron que el biofeedback era de valor limitado en el dolor maligno (Astudillo, Mendinueta y Astudillo, 1995).

Musicoterapia. Puede ser usada para tratar el dolor y mejorar el bienestar de los pacientes. Produce efectos “fisiológicos y psicológicos positivos que se aprecian por una normalización de la energía muscular, el pulso, la tensión arterial y de los cambios de ánimo, como mejoría de la autoestima y la expresión”³².

La utilización terapéutica de la música se basa en que la distracción tiene un efecto significativo sobre la percepción dolorosa y en que el estímulo auditivo suprime el dolor, por lo que el paciente puede ganar un mayor sentido de autocontrol, reenfocar su atención en sensaciones más agradables. A través de la relajación física y emocional que experimenta por este “masaje sónico” puede reducir los ciclos de ansiedad y temor que acompañan y exacerban el dolor con una menor percepción del mismo. La música evoca imágenes, memorias y sentimientos y puede actuar como un nexo importante en el proceso del autodescubrimiento. Puede crear también una atmósfera de estructura y armonía que ayuda en los estados psicológicos alterados o desequilibrados.

³² GUTHIEL, E. A., Music in therapy, p.235.

La música es un medio para comunicar estados emocionales, espirituales e intelectuales. Después de un adecuado “estudio del estado anímico del paciente se seleccionan las composiciones partiendo de aquellas con las que se encuentra más satisfecho e identificado, tras lo cual se le conduce en forma progresiva a que acepte o tolere música más compleja. La programación musical procurará ser muy pensada, ya que puede evocar recuerdos y sensaciones que no siempre son fácilmente controlables”³³.

La musicoterapia se impone dentro de las terapias multidisciplinarias para el alivio del dolor, con reducción del dolor postoperatorio, consumo de analgésicos, aumento de tolerancia al dolor, facilitación del sueño y una mejoría de los procesos de autoestima y autocontrol.

Hipnosis. Es otra técnica psicológica empleada en el alivio del dolor. Se caracteriza por conseguir un tipo de sueño incompleto especial a través de diversas maniobras de sugestión, acciones físicas y mecánicas, con las que se consigue hacer pasar a la persona de la conciencia normal a un estado mental de alta receptividad para que pueda responder a diversas sugerencias, con cambios favorables en la percepción y memoria del dolor existente o futuro. La mayoría de los autores están de acuerdo en que la hipnosis altera la conciencia del sujeto y su reacción al estrés, con reducción de la ansiedad, y que esta técnica permite a los pacientes conocer la forma cómo se han desarrollado los síntomas, con lo que se facilita la eliminación o reducción del dolor (Astudillo, Mendinueta y Astudillo, 1995).

El uso de las técnicas hipnóticas está muy restringido a causa de que sólo una pequeña proporción de pacientes son susceptibles a la hipnosis y porque ésta no puede ser usada cuando la conciencia está alterada.

Terapia ocupacional. Puede definirse como la terapia de curar o aliviar a través de la ocupación. Es un conjunto de posibilidades que se ofrecen al paciente para emplear mejor el tiempo del que dispone mientras sea capaz, para hacer algo que le entretenga para vencer el aburrimiento o hastío, que a su vez agrava el malestar que le produce la enfermedad. Los humanos tenemos necesidad de ocuparnos en trabajos cuya realización es un medio natural de restablecer una función.

El tedio puede “manifestarse en forma de ansiedad, hostilidad, dificultad para la concentración, irritación, adormecimiento y la sensación de que el tiempo pasa muy lentamente. Parece aumentar en cinco veces la probabilidad de enfermedad cardiovascular, de 4 a 7 la

³³ ASTUDILLO, W., et. al., op. cit., p.281.

incidencia de alteraciones nerviosas, al doble las infecciones gastrointestinales y al triple las dolencias óseas y musculares. Los que se aburren también sufren de una buena dosis de estrés, ya que, como respuesta a la frustración, los niveles de adrenalina son el doble de lo habitual³⁴.

La pérdida de la independencia y del papel que los enfermos desempeñan en su medio puede dar origen a una muerte social antes que la muerte física. Se debe atender la apariencia personal (barbería, manicura, peluquería) y al bienestar personal (técnicas de relajación, meditación, masaje) porque pueden elevar la moral y restaurar el ánimo personal. Esta terapia ocupacional estimula a los pacientes a dejar el papel pasivo de enfermos (a menudo asociado con sentimientos de desesperanza y pérdida de autocontrol) y a ser más independientes, creativos y productivos. Puede ayudar a una persona a adaptarse a nuevas funciones más apropiadas a la vez que a mantener su autoestima. Enfatiza el hacer antes que el ser hecho. La meta es mejorar la calidad de vida que permanece a través de la rehabilitación.

Cuando ya no es posible un estilo de vida normal, el aprender nuevas destrezas puede ser una forma de reducir la frustración por la pérdida de las capacidades previas. El trabajo manual en artesanías puede ser terapéutico para muchos pacientes. Los proyectos deben ser a corto plazo y fáciles de realizar. Después el enfermo los podrá utilizar como obsequios o recuerdos. Permiten al paciente dar antes que recibir. Ello contribuirá exitosamente a mejorar su autoestima y a mantener su grado de funcionalidad (Astudillo, Mendinueta y Astudillo, 1995).

Desensibilización sistemática. Se construye una jerarquía de estímulos ansiógenos relacionados con la quimioterapia y se expone en imaginación a los sujetos al mismo tiempo que se aplica relajación. Un aspecto importante es que efectividad de la desensibilización se mantiene aunque no se administre al mismo tiempo que la quimioterapia.

Técnicas de control atencional. Son técnicas de distracción mediante estímulos externos, que pueden ser videojuegos u otras actividades distractoras (televisión, cuentos, etc.) durante la sesión de quimioterapia con el objetivo de impedir que se forme el condicionamiento clásico. El videojuego implica actividades motoras y cognitivas, una atención sostenida, que se puede aumentar según se eleva la dificultad del juego y que dificulta la formación de las reacciones condicionadas. Además, son muy atractivos para los niños y adolescentes, y es una intervención muy económica, ya que requiere poco entrenamiento.

³⁴ Ibidem, p.286.

CAPÍTULO 4. EL DUELO, EL ENFERMO TERMINAL, SU FAMILIA Y LA PSICOTERAPIA GESTALT

4.1. EL DUELO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PSICOTERAPIA GESTALT

En la Clasificación Psiquiátrica Americana se considera el duelo como la reacción a la muerte de una persona querida, dándose por hecho que en la mayoría de los casos se da una reacción estimada como "normal", misma que puede variar considerablemente en su duración y expresión entre los diferentes grupos culturales (DSM IV, 1995). Se considera "normal" que haya una fuerte respuesta emocional ante una pérdida, pero esta respuesta comprensible y esperada se puede ver influida por múltiples factores que hacen de cada duelo una respuesta altamente individual. Así, aunque no hay una "respuesta estándar de duelo", se puede decir que hay un proceso básico, cuya manifestación específica se encuentra influenciada por factores personales y circunstanciales, los cuales afectan su aparición, intensidad, curso y resolución.

Aunque las costumbres, rituales y ceremonias luctuosas pueden variar de un grupo a otro, en general se ha visto que las reacciones personales a la muerte de un ser querido son bastante similares; sí las formas externas de manifestarlas están delineadas culturalmente, los procesos internos en la respuesta del individuo ante una pérdida importante parecen tener características universales. Y aunque cada respuesta individual tiene sus matices personales, los procesos psicosociales y los sentimientos experimentados, así como la sucesión en que se presentan, son muy parecidos (Royal College of Psychiatrists, 1999).

Es fácilmente identificable que ante la muerte de una persona que de una u otra manera está relacionada con nosotros, se presenta una respuesta emocional, similar a aquellas en las que se pierde algo significativo, de tipo relacional, material, económico o simbólico. Esta característica sobresaliente (la pérdida) es obvia; cuando alguien muere, hay una pérdida real: perdemos al familiar, al amigo o a la persona admirada, ya no la tenemos, y no la podremos recuperar. "Cuando nuestro compromiso con otra persona la ha convertido en parte de la gestalt de nuestra experiencia, parte de nosotros mismos... su desaparición nos abre repentinamente a

un contacto con el vacío originado; miramos hacia un abismo y nos llenamos de tristeza y perdición"¹.

En su escrito clásico, "Duelo y Melancolía", Freud (2001) se pregunta en qué consiste el trabajo que el duelo opera, planteando en su asección que el duelo realiza un trabajo (Allouch, 1999); desde entonces se da por hecho que el duelo implica realizar ciertas funciones, aunque las características de éste se definan desde diversas perspectivas teóricas. Aunque matizadas por los diferentes enfoques teóricos, las propuestas coinciden en señalar que hay un "trabajo" que hacer, hay sentimientos, representaciones, relaciones, ajustes, que se tienen que hacer tanto a nivel interno (representacional, psicológico, afectivo), como a nivel externo (en el mundo de relaciones familiares y sociales). "Elaborar el duelo" es darse la oportunidad de transitar por las diferentes etapas del proceso, para realizar las "tareas" que corresponden a esta experiencia de asimilación de una pérdida, y continuar viviendo de manera plena.

4.1.1. RECONFIGURACIÓN DEL CAMPO EN EL PROCESO DE DUELO

La pérdida de un ser querido implica una alteración fundamental en el campo organismo-ambiente, al faltar uno de sus componentes se exige una reconfiguración del campo tanto en sus elementos externos como internos. ¿Cómo se altera y cómo se reconfigura el campo?

EL CAMPO ORGANISMO-AMBIENTE

Desde la perspectiva de la terapia Gestalt, todo organismo vive en íntima relación con su ambiente, formando entre ambos una unidad complementaria e independiente: el campo. Ambas partes, organismo y ambiente forman un campo; se necesitan una y otra recíprocamente para su definición y su existencia. No se puede imaginar un organismo abstraído de su medio ambiente, ya que éste contribuye a dar significado a su existencia y a su experiencia.

SURGIMIENTO DE FIGURAS DIFERENCIADAS

En un campo originalmente indiferenciado en la percepción del bebé, gradualmente se van destacando objetos y eventos externos que van tomando una forma constante, dando lugar a la constitución de figuras externas, cada vez más completas y diferenciadas unas de otras. Van sobresaliendo y delimitándose dentro de ese fondo indiferenciado, algunas figuras significativas,

¹ LATNER, J. El enfoque gestáltico y testimonios de terapia, p.94.

especialmente las relacionadas con la satisfacción de necesidades básicas del bebé, o sea, las personas encargadas de su cuidado.

A medida que maduran los procesos internos del bebé (junto con la experiencia repetida y predecible de los eventos y personas de su medio), se empieza a formar y retener una imagen interna de estas personas, constituyéndose simultáneamente una figura interna. Esta "fotografía interna" del objeto, su representación mnémica, junto con las respuestas afectivas suscitadas por su presencia, su actuación y su retiro, forman una gestalt interna, correspondiente a cada objeto externo que se va diferenciando del medio. Estas representaciones internas ayudan al bebé a reconocer a la figura externa cuando aparece, a esperar y confiar en su reaparición. Por lo que se propone que cada figura diferenciada está formada por dos elementos íntimamente ligados: una parte correspondiente al objeto externo, fuera de las fronteras del yo, y una parte correspondiente a su representación interna, dentro de las fronteras del yo, a las que llaman "objeto externo" y "objeto interno". Ambas partes, al complementarse, dan lugar a una configuración correspondiente a un "objeto total", o más sencillamente, a una "figura". A esta globalidad (objeto externo más objeto interno) es ante la cual reaccionamos.

FONDO INTERNO Y FONDO EXTERNO

Los objetos externos pertenecen a una parte del campo conocida como "subcampo externo"; de manera similar, los objetos internos pertenecen al "subcampo interno".

El subcampo interno, psicológico, no es como un mar de elementos fragmentados; constituye un fondo formado por muchas gestalten (correspondientes a los objetos internos) que permanecen como fondo, pero que surgen como configuraciones completas al ser activadas, primero por la aparición o reaparición del objeto externo, y después por la mera evocación de él.

CARACTERÍSTICAS DE LOS OBJETOS

Los objetos externos existen independientemente de que los percibamos temporalmente o no (Objeto 1). Pero esto es algo que se aprende; inicialmente para el bebé los objetos externos no existen si no los percibe; por eso cuando la madre se pierde de vista el bebé se angustia y llora, creyendo que ha desaparecido, dejado de existir. La "constancia objetal" permite pensar que el objeto externo al desaparecer de la vista no se destruye; la contraparte interna nos ayuda a confiar y nos garantiza esa existencia, que se confirma cuando el objeto reaparece.

Los objetos externos, pertenecientes a la "zona externa" (Perls, 1997), permanecen como fondo, del cual destacamos perceptualmente la presencia de uno, que se delimita como figura al convertirse en centro de nuestra atención. Los objetos internos permanecen como fondo en la "zona interna", sin que nos percatemos de su existencia (Objeto 2). Presentan dos características: pueden surgir ante la presencia del objeto externo, y anudarse automáticamente a él, pasando a formar parte de la figura gestáltica completa (Objeto 3). O bien, pueden ser evocados en lo que Perls llama la "zona intermedia" o "fantasía" (Perls, 1997), sin necesidad de la presencia del objeto externo (Objeto 4).

OBJETOS INTERNOS Y OBJETOS EXTERNOS

DIFERENCIACIÓN YO-OTROS

A medida que se van configurando los objetos externos y diferenciándose unos de otros, parte del campo se va diferenciando en un "yo", que sólo se define al mismo tiempo y en contraposición a los otros. Esta representación interna, integradora, que constituye el núcleo incipiente del sí mismo, abarca las experiencias, representaciones, ideaciones, sentimientos, etc., que se atribuyen a uno mismo y se van considerando como propios.

Algunos autores (Kepner, 1992; Latner, 1994; Merino, 1999) consideran que más importante que la diferenciación yo-no yo, es la diferenciación yo-otro-otro-otro, ya que ésta implica el contraste con esos otros, con los que gradualmente se irá estableciendo una relación de yo-tú.

PÉRDIDA DEL OBJETO EXTERNO

Cuando un objeto externo se destruye, cuando deja de existir, es evidente que falta la parte externa del objeto, y deja un hueco o vacío real. Esto necesariamente implica un reacomodo en el subcampo externo, cuando falta uno de sus objetos clave. Se tiene que reconfigurar toda la gestalt de ese campo externo, donde necesariamente se alteran las constantes: los sentimientos, las relaciones, los roles, las actividades, las expectativas, relacionados con esa figura.

Con la desaparición del objeto externo, se crea un desbalance en la homeostasis del campo entero, externo e interno. Y, al igual que en una construcción en la que se destruye uno

de sus pilares básicos, en la figura que pierde su parte externa también se necesita un apuntalamiento. El trabajo de duelo corresponde a esta necesidad de reconfiguración del campo, tanto de su aspecto externo como del interno. Primero, el campo externo nos confronta con la pérdida real del objeto externo. Al faltar la mitad externa del objeto, la otra mitad interna se ve de pronto amenazada e incompleta y necesita reconfigurarse.

En el duelo, la función de este apuntalamiento es efectuado esencialmente por el entorno social, mediante los ritos y ceremonias sociales, que sirven de soporte temporal, tanto para la aceptación de esa pérdida de un elemento clave en la configuración gestáltica externa, como para el proceso interno que se sigue.

4.1.2. DESARROLLO AFECTIVO Y MODOS DE RELACIÓN

ACTIVACIÓN DE LOS MODOS DE RELACIÓN-EVITACIÓN EN EL DUELO

El trabajo de duelo activa algunos modos de relación específicos, necesarios para el manejo de los sentimientos intensos suscitados, para el reacomodo con la realidad externa, y para el proceso interno de reconfiguración del vínculo roto. En general, se puede considerar que se activan las formas de confluencia, introyección y proyección, para preservar como bueno el objeto perdido, dotándolo de características positivas y destituyéndolo de lo negativo, que se negaría en él y se proyectaría en los otros o en uno mismo.

La confluencia e introyección, como parte de los procesos de idealización e identificación con el otro, permiten resaltar y conservar lo bueno, e ir asimilando gradualmente las características del otro que se tomarán antes de destruir una gestalt representativa de esa persona, gestalt que tiene qué modificarse. La proyección permite quitar las características negativas al objeto interno, y ponerlas temporalmente en otros recipientes, que pueden ser otras personas o uno mismo. A la vez, permite manejar la intensidad del enojo, la frustración y los sentimientos hostiles, dirigiéndolos hacia blancos alternativos, algo menos amenazador que atribuirlos a la relación con la persona cuyo aprecio y aceptación se desea conservar. Estos

elementos participan también en el hecho de culpar al exterior (a otras personas, al destino, o incluso a Dios) y dirigir la furia y el reclamo contra ellos, o bien en el culparse a sí mismo, mediante la retroflexión.

Los procesos de deflexión y retroflexión, relacionados también con el manejo del enojo y con los sentimientos de culpa y restauración, ayudan al trabajo reparatorio para la constitución del objeto como bueno. El deseo de no haber lastimado al otro, y de complacerlo, contribuyen a garantizar una reconfiguración de la relación del otro como buena.

En el proceso de duelo se activan estas formas de relación como partes de un proceso necesario para la reconfiguración del vínculo roto. Además de ello, pueden surgir formas defensivas de tipo personal con una función de resistencia, complicando y prolongando la labor de duelo. Estas formas pueden tener un carácter funcional, cuando permiten avanzar en la resolución de la pérdida (formas de relación), o bien constituirse en una maniobra defensiva que entorpece contactar con los aspectos externos e internos de la situación (formas de evitación).

Así, la proyección del enojo en otros puede limitar seriamente el contacto con el propio enojo hacia la persona fallecida; la retroflexión acentuada puede llevar a sentimientos de culpa exagerados, a tensiones y malestares psicosomáticos. La deflexión puede evitar el contacto con sentimientos amenazadores y la constatación de la realidad. El aislamiento puede prolongar el retraimiento del mundo, necesario inicialmente para la elaboración interna de la pérdida, complicando las cosas al limitar el contacto con los recursos externos que se pudieran obtener. Ejemplos de fijación se observan en situaciones en que se mantienen casi intactos los recuerdos u objetos, en el rumiar sobre la tristeza propia, en los resentimientos y remordimientos que congelan el tiempo, y en general, en los duelos crónicos.

Cada persona puede utilizar temporalmente sus patrones típicos de protección y defensa ante situaciones impactantes. El duelo, como todo proceso, implica necesariamente un movimiento, que va confrontando gradualmente con cada aspecto necesario para la resolución de la pérdida, por lo que despierta las formas específicas en que una persona se protege habitualmente de un contacto doloroso, además de aquellas que requiera la situación.

4.1.3. EL DUELO COMO CICLO DE EXPERIENCIA

El duelo constituye un ciclo de experiencia con ritmo, tiempos y características específicos. Delacroix señala que "toda destrucción de una gestalt supone encontrarse con el

vacío, la muerte y el duelo"². Y qué destrucción más importante que la destrucción misma de un objeto externo significativo, que deja un hueco real, sentido como vacío. Para Delacroix el duelo es una cuestión de postcontacto; es un espacio de recogimiento y soledad donde se procesará la experiencia de la pérdida.

De manera similar, Kepner (1992) considera que el proceso de cierre de una gestalt lleva intrínsecos sentimiento de pérdida; incluso la culminación de sucesos felices puede estar paradójicamente ligada a una sensación de tristeza y duelo, por la experiencia que se termina. Con mayor razón, aquellas situaciones donde el contacto se interrumpe de manera abrupta y no deseada por alguno de sus participantes, pueden producir fuertes sentimientos de vacío, abandono y pérdida.

Kepner propone un "ciclo de la experiencia" en seis fases:

- sensación
- formación de figura
- movilización de energía
- acción
- contacto
- retroceso

El proceso de autorregulación orgánica, visto como la secuencia de pasos que lleva a un organismo a estar en contacto con su ambiente, buscando la satisfacción de sus necesidades, parte del surgimiento de una figura que va resaltando contra el fondo que organiza la conducta, lleva al contacto con el entorno para completar la necesidad que surge, concluye y retrocede al fondo, permitiendo el surgimiento de la siguiente figura de interés.

En relación con la intensidad y naturaleza del contacto en el que se ha participado, se da un paso necesario de retroceso, de retraimiento hacia el sí mismo, para desvincularse del exterior, restablecer los límites del self, asimilar la experiencia y cerrar la gestalt, dejando la atención y energía libres para la formación de nuevos ciclos.

Contactos más intensos y significativos requieren una fase más prolongada de retroceso; para balancear la energía y atención que se invirtieron en el contacto con el exterior, se requiere posteriormente de una energía y atención proporcional hacia la otra parte de la relación, o sea

² DELACROIX, J.M., A propósito del vacío, en Figura-Fondo. Revista del Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt, 2 (1), p.121.

hacia el sí mismo, para asimilar la experiencia, integrándola al previo marco de referencia que ahora será modificado por ella.

La muerte de un ser querido generalmente termina de manera involuntaria con el contacto establecido con él. Este contacto que se termina muchas veces de manera abrupta, las más de las veces de manera no deseada, requiere de una larga fase de retroceso para elaborar esta terminación. El trabajo de duelo queda comprendido en esta última fase de ese ciclo relacional. Y las tareas a realizar, tanto en la fase general de retroceso, como en la elaboración del duelo, son similares: aceptación de la finalización del contacto, desvinculación del exterior, recogimiento para redefinición de los límites propios, procesamiento y asimilación de la experiencia, y conclusión o cierre de ese ciclo.

Entre esta terminación abrupta de un ciclo de experiencia debido a la destrucción de un objeto externo, y la disposición a captar y recibir nuevamente la novedad asimilable en el medio ambiente, se da un espacio. En ese guión, entre la fase de retirada (a la que Delacroix se refiere como postcontacto y Kepner como retroceso) y la reinstauración de la disposición a captar y recibir la novedad asimilable en el ambiente, se da un ciclo de experiencia, el proceso de duelo, en tres tiempos, correspondientes cada uno de ellos al cierre de un ciclo gestáltico.

CICLO DEL DUELO EN TRES TIEMPOS

Un primer tiempo corresponde a la primera fase del duelo, que va del momento en que se tiene conocimiento del fallecimiento del otro, a la terminación de las ceremonias fúnebres. La aceptación de la muerte física (pérdida del objeto externo) y la despedida ceremonial (con el apoyo de los elementos vinculantes del campo externo), constituyen el cierre de este ciclo gestáltico.

Un segundo tiempo corresponde a la fase intermedia del proceso de duelo; el procesamiento interno que lleva a la confrontación y reconocimiento de la ausencia definitiva del otro, física y psicológica, se cierra con su aceptación. Reconocer y aceptar que la pérdida del otro es definitiva permite reconfigurar el objeto interno y reacomodarlo en el mundo interior. El vacío interno se cierra al soltar la imagen obsoleta; la destrucción de esta vieja gestalt da paso a la formación de una nueva imagen actualizada. Un segundo ciclo gestáltico se cierra al completarse este procesamiento interno de la pérdida.

El tercer tiempo (fase final del proceso de duelo), corresponde a la reincorporación responsable al medio externo. Este ciclo se cierra cuando se reconoce y asume que el mundo externo es diferente, cuando se configura esta nueva gestalt con un elemento ausente, que obliga a una reconfiguración del mundo externo y a un reacomodo de nuestra actuación en él.

Estos tres ciclos componentes del gran ciclo "proceso de duelo", constituyen un ajuste creativo a la situación de pérdida de una persona significativa, al llevar a una reconfiguración tanto interna como externa del medio y del self, que permite vivir en el mundo actualizado.

Todos los pasos de este ciclo tienen su función de protección, restauración y crecimiento, por lo que no sería recomendable ni su omisión ni su apresuramiento. Es necesario vivir inclusive las fases dolorosas o angustiantes; el pleno contacto con cada una de ellas lleva a su experimentación y resolución.

En un proceso que se vive de esta forma, las fases se suceden una a otra de manera fluida. Por razones defensivas, se puede detener, entorpecer, acortar, alargar el proceso, o brincarse etapas (como sucede en la ausencia de duelo, en los duelos crónicos, en los duelos que se convierten en cuadros depresivos severos, en los duelos que entorpecen los modos de relación familiares, etc.). A la vez, el medio externo puede interferir con el proceso de duelo, si no ofrece el suficiente apoyo y permisividad para el reconocimiento y expresión de los sentimientos y necesidades surgidas (Hernández, 1999). Las expresiones interrumpidas en su curso natural, pueden tomar las características de un asunto inconcluso.

4.1.4. EL DUELO COMO ASUNTO INCONCLUSO

¿QUÉ ES UN ASUNTO INCONCLUSO?

Una de las principales fuentes de malestar psicológico en la gente aparece cuando una experiencia no se puede olvidar ni resolver de manera satisfactoria, tornándose en un "asunto inconcluso". Estas gestalten incompletas generalmente se relacionan con experiencias traumáticas que no se han podido integrar; derivadas de situaciones relacionales en las que no se satisfizo una necesidad básica (seguridad, confirmación, inclusión, aprobación), se van acumulando en emociones incompletas e interrumpidas (Merino, 1999).

Algunas veces la tensión que mantiene el asunto inconcluso está encubierta, es decir, está protegida por las resistencias que bloquean el darse cuenta, de tal forma que la naturaleza

misma de la tensión está enmascarada. Otras veces, la tensión encuentra su expresión en el cuerpo produciendo trastornos psicósomáticos como son las úlceras, los fuertes dolores de cabeza, el dolor de espalda, la artritis, o las crisis de asma (Rolf, 1977; Lowen, 1967, y Reich, 1949). Todas estas resistencias interrumpen o frenan el Ciclo de la Experiencia, impidiendo al organismo establecer contacto sano con el entorno y consigo mismo. Cuando el Ciclo de la Experiencia se auto-interrumpe es cuando se produce un “asunto inconcluso”. Es entonces cuando se acumula en el organismo la tensión que produce la Gestalt incompleta o inconclusa

Todo asunto o situación tiende al cierre, tal cierre se rige por el principio de que la gente lucha activamente para completar la percepción o acción y no está satisfecha hasta que lo consigue. Es un proceso de equilibrio. Una figura cerrada es mejor que una figura abierta. Una figura incompleta es una situación inconclusa. Una de las más importantes ayudas que puede ofrecer el terapeuta es ayudar a la gente a confrontar los asuntos inconclusos, alrededor de los cuales están atascadas o bloqueadas las personas.

En una serie de experimentos realizados por Zeigarnik (1938) y Ovsiankina (1976), se demuestra que la memoria de tareas incompletas o interrumpidas es dos o tres veces mayor que la memoria de tareas finalizadas. Lowen considera que las tareas finalizadas son Gestalten cerradas, en las que la tensión se ha retirado al satisfacer una meta. La tarea incompleta – situación inconclusa– crea tensión y deja a la persona insatisfecha. Tales respuestas emocionales pueden aparecer en la superficie e interferir con el funcionamiento psíquico mucho después de que el acontecimiento o la relación haya cambiado o finalizado. La meta es tener acceso a la emoción primaria procesada y expresarla para re-procesarla. (Greenberg *et al.*, 1997).

Para Latner (1973) las Gestalten inconclusas son el resultado de nuestra interferencia con un funcionamiento libre. Al bloquearse la toma de conciencia y disminuir la energía, no podemos dedicar mucho de nosotros a las nuevas situaciones. Careciendo de una participación total, las nuevas Gestalten son débiles e incompletas, acompañadas de emociones como el resentimiento y la preocupación. Y con el tiempo nos damos cuenta de que hemos coleccionado una larga lista de situaciones incompletas, frases, afectos e impulsos no expresados, y sueños recurrentes. Lo mismo que cada Gestalt tiende al cierre, cada partícula de un asunto inconcluso lucha para completarse. Todo lo que reprimimos tiende a salir a flote. Aunque por sí solos, nuestros impulsos no pueden olvidarse o reprimirse; únicamente se olvida o se reprime su expresión.

Todo asunto inconcluso habla de una necesidad no satisfecha; el individuo se siente obligado a repetir en su vida cotidiana lo que no logra concluir en forma satisfactoria (Perls, 1997). Las interrupciones de una persona en el Ciclo de la experiencia impiden que ésta finalice

ese ciclo e inicie otro. En ese momento la energía se concentra en la fijación o el bloqueo. El encuentro terapéutico tiene como objetivo que el cliente salga de esa fijación y logre avanzar hasta la resolución o cierre de esa Gestalt

Nuestro equilibrio emocional, nuestra armonía, no pueden lograrse y desarrollarse si no logramos identificar y cerrar las diferentes Gestalten de nuestra existencia. El objetivo de la Terapia Gestalt es que esas necesidades no satisfechas aparezcan a nivel del darse cuenta en el campo perceptual de la persona, lo que se consigue trabajando con las emociones que aparecen cuando surge este conjunto de cosas olvidadas (dejadas en el “baúl de los recuerdos”) y que, sin embargo, aún están activas. Se necesita que los asuntos inconclusos retomen su forma específica en la totalidad del organismo –cuerpo, emoción, mente–. La Terapia Gestalt pretende que el cliente se dé cuenta de que tiene necesidades insatisfechas, que las identifique, y que las reviva emocionalmente en las sesiones de psicoterapia.

ASUNTOS INCONCLUSOS DE PRIMERA Y SEGUNDA INSTANCIA

Algunos eventos pueden quedar como gestalts incompletas esperando su resolución. En algunos casos, efectivamente se interrumpe un evento, que queda sin cerrarse (los llamaremos asuntos inconclusos de primera instancia). En muchos otros, el evento realmente concluyó, pero la forma en que sucedió no fue satisfactoria para nosotros (asuntos inconclusos de segunda instancia).

La experiencia de una situación desagradable y concluida de manera insatisfactoria crea nuevas necesidades y sentimientos, surgidos precisamente de ese cierre rechazado.

Consideremos que el duelo, como prototipo de las experiencias de separación y pérdida, constituye un asunto inconcluso de segunda instancia: la muerte del otro significativo cierra de manera dramática y repentina un ciclo relacional; pero los sentimientos nacidos de esa realidad que es difícil de aceptar, abren nuevos ciclos largos que si no se solucionan, se convierten en asuntos inconclusos.

El nuevo ciclo se mantiene muchas veces porque la persona fallecida ya no está para satisfacer las necesidades que anteriormente satisfacía, ya no puede darnos cariño, seguridad, aprobación, compañía; se mantiene también porque tampoco está presente para satisfacer las necesidades actuales, generadas por su ausencia física y psicológica; es un satisfactor con el que ya no se cuenta para enfrentar una situación de difícil manejo, no se tiene ni el consuelo, apoyo o estímulo proveniente de él, que se necesitaría en una situación de pérdida. El manejo

terapéutico del duelo no cierra el primer asunto; éste generalmente está cerrado ya, pero de manera insatisfactoria. Lo que sí podemos hacer es ayudar en el manejo de los sentimientos y necesidades derivadas de este primer asunto, para constituir una nueva gestalt con un resultado más satisfactorio para el individuo, ya sea que esa nueva necesidad sea manifestar los sentimientos de enojo y añoranza, descargar la agresión surgida, expresar los sentimientos amorosos no dichos, pedir y aceptar el perdón.

El fondo de muchos asuntos inconclusos dentro de este marco equivaldría a "actividades reparatorias" tanto del yo sufriente como de los objetos internos (en el caso de un fallecimiento, el objeto externo ya no se puede reparar).

Así, transitar por las diferentes etapas del duelo, contactando plenamente los sentimientos de cada fase, lleva a una aceptación gradual de la pérdida y a una reconfiguración del campo, tanto en sus aspectos externos como internos, con lo cual se puede cerrar el ciclo de experiencia correspondiente al duelo.

Cuando los procesos correspondientes a una determinada fase del duelo se ven interferidos, ya sea, entre otras cosas, porque la persona no cuenta con los recursos internos o externos para adaptarse a las demandas de una nueva realidad, porque se aferra a sus recuerdos, porque no se atreve a soltar configuraciones obsoletas para vivir en el presente, el proceso de duelo se puede ver alterado o estancado en alguna de sus fases, convirtiéndose en un asunto inconcluso.

4.2. PSICODIAGNÓSTICO GESTALT, PRIMER PASO PARA LA INTERVENCIÓN

Lo más importante es partir de que la Psicoterapia Gestalt no entiende a un paciente como a un enfermo, sino que busca entender su propio contexto y existencia, tomando en cuenta antes que nada su "darse cuenta" y como está experimentando la situación dolorosa. Así, desde su punto de vista, se buscará una reorganización total, una reconfiguración que no se centrará únicamente en quitar los síntomas, sino en lograr que el paciente se descubra a sí mismo como un ser lleno de capacidades a explotar y recursos nuevos que no han sido utilizados, con el objetivo de buscar lo que para él es la felicidad.

El diagnóstico nos brinda el “aquí y ahora” del paciente, aquello que conoce de sí mismo; siendo éste, el diagnóstico, la base de la cual el terapeuta puede partir. Si se desea entender a un paciente es necesario que se comience por entender su queja, y la relación que existe entre la situación actual, que produce dolor, y los antecedentes. Se busca entender al individuo de manera integral.

Coggiola (1995) asegura que cuando un afecto o una necesidad no han sido satisfechos o completados, la gestalt sigue incompleta. Esto causa sufrimiento y angustia, y para disminuirlas el yo deforma el cierre de la situación inconclusa y una nueva forma de cierre se crea, pero al estar deformada, el verdadero cierre no se logra y el malestar prevalece. Al seguir presente el malestar, una nueva deformación ocurre por lo que se presenta en forma de queja o síntoma. El síntoma es la adaptación insatisfactoria a una determinada situación. No basta conocerlo, sino que es necesario descubrir cuál es el origen de que el sujeto no se haya podido adaptar satisfactoriamente a su medio.

El diagnóstico debe ser parte del darse cuenta del terapeuta y permitir así comprender al paciente, comprender su percepción de sí mismo y del medio ambiente y entender, desde su punto de vista, como está viviendo su enfermedad terminal o la de su ser querido.

Desde la perspectiva Gestalt, hablar de pensamiento diagnóstico no es pensar en salud o patología, en un funcionamiento normal o anormal del paciente, sino que se trata de conocer cómo está manejando el mundo que lo rodea y su autoconcepto. Esta manera individual de percibir el mundo e interactuar con él se ve reflejada en:

- Repeticiones. Tendencia a hablar constantemente de una persona o un tema específico, tendencia también a tener un mismo patrón de relaciones interpersonales.
- Asociaciones. El fluido asociativo del diálogo del cliente al brincar de un tema a otro revela hechos que quizá el paciente no considera importantes pero que en realidad son señales de afecto.
- Omisiones. Cuando se evita hablar de una persona o situación, o cuando ciertas fases de la vida son excluidas al hacer un recuento de la propia vida, podemos encontrar claras áreas de conflicto.

Es fundamental que el terapeuta no “cristalice la figura”, es decir, que al haber creído encontrar la figura se olvide de hacer un diagnóstico en cada sesión. Aunque la persona esté en crisis por su propia enfermedad terminal o por la de un familiar, es importante que el terapeuta realice un diagnóstico constante, ya que quizá la misma situación que ocasionó la crisis puede dar lugar a varias necesidades no resueltas y puede generar distintos temores. Lo que un paciente necesita hoy puede no ser lo que necesite mañana. Es importante que sí el terapeuta busca que el paciente se centre en su presente, en su “aquí y ahora”, el terapeuta también lo haga y no “etiquete” al paciente con un diagnóstico rígido.

Es importante mencionar que durante el diagnóstico en Gestalt se debe ubicar al paciente dentro del ciclo de la experiencia y localizar los bloqueos en que se encuentra, con el objetivo de liberar la energía bloqueada y que el paciente encuentre recursos nuevos que no está utilizando para sentirse mejor.

4.3. ELABORACIÓN DEL DUELO, ÚNICO CAMINO PARA DECIR “ADIÓS”

En las teorías más sobresalientes de la personalidad no se ha dejado de mencionar la importancia de la presencia de la muerte en la vida del ser humano, así como la necesidad de percibirla de una forma más natural y sana. La muerte se ha convertido en un tabú, en algo indeseable y temido, que debe ser evitado; es por esto que, en nuestra cultura, la vejez y la enfermedad son vistos como una desgracia. El hombre busca desesperadamente detener el paso del tiempo, busca negar que con el pasar de los días cada vez se encuentra más cerca del día de su muerte. Sin embargo, el ocultar, o “jugar a ocultar”, el paso del tiempo no sirve de mucho, ya que en este sentido el hombre tiene ya una batalla perdida con la muerte. Hagamos lo que hagamos, tarde o temprano moriremos.

El proceso que se sigue en el duelo no necesariamente se presenta de la misma forma en todas las personas. Muchos autores han explicado dicho proceso dividiéndolo en varias etapas o fases (ver capítulo 2), sin embargo es importante entender que no es un proceso lineal y que se puede retroceder en las etapas o presentarse en diferente orden. Lo más importante es permitir que la persona manifieste abiertamente todas sus emociones y pensamientos, con el fin de ir aceptando paulatinamente la realidad de la pérdida.

Al hablar del proceso doloroso, Kübler-Ross habla de los “asuntos inconclusos”, los cuales impiden que se elabore el duelo y que el doliente pueda retirar la energía depositada en la pérdida. Este es el punto principal en el que la Psicoterapia Gestalt puede intervenir en el

proceso de duelo, elaborar los “asuntos inconclusos” para permitir que el individuo utilice la energía que está depositando en ellos, en sí mismo y en otras personas y actividades que le permitan sentirse mejor. Si estos asuntos inconclusos no se elaboran, la persona estará permanentemente tratando de satisfacerlos en la fantasía, sin avanzar en el proceso de aceptación de la pérdida.

En el proceso de elaboración del duelo, es importante que la persona se sienta comprendida y apoyada, que sienta que sus reacciones de ira, culpa y depresión son normales y que “están bien”, ya que lejos de encubrir sus emociones, la salida para superarlas es el expresarlas. Esto se puede dificultar debido a la reacción de las personas que se encuentran cercanas a él y que esperan que el doliente asuma la situación sin dar muestras de tristeza, coraje o debilidad. Es por eso que el espacio psicológico que puede brindar una psicoterapia es ideal para la expresión de emociones. La comprensión empática y el hacer sentir al paciente que puede manifestar sus emociones sin tener que limitarse, es el medio para lograr el proceso de aceptación.

El acompañar a una persona a elaborar el duelo, sea anticipado o reciente, resulta ser una confrontación directa para el que acompaña (terapeuta), ya que se reviven pérdidas pasadas y duelos no resueltos. Es fundamental que el terapeuta esté consciente de cuál es su propia actitud, temores y fantasías acerca de la muerte y las pérdidas. Es aconsejable que el terapeuta se de la oportunidad de tener un espacio psíquico (una psicoterapia o un grupo de supervisión) en el cual pueda expresar lo que siente, sus fantasías, temores y experiencias al trabajar con enfermos terminales o sus familiares.

Como se mencionó, una de las primeras personas en proponer la intervención en el proceso de duelo fue Kübler-Ross., después de ella se han desarrollado diferentes intervenciones bajo diversos enfoques. Uno de ellos es el propuesto por James Worden (1982, citado por Pérez, 1996), éste autor propuso un esquema explicando cómo se da el proceso de elaboración del duelo, señalando que se pueden seguir una serie de “tareas” que la persona debe completar antes de pasar a la siguiente (ver capítulo 2). Worden propone acciones concretas que el paciente, acompañado por su terapeuta, debe llevar a cabo con la finalidad de facilitar tal proceso de duelo, por lo que el terapeuta se debe concretar en:

- a) Ayudar al doliente a actualizar la pérdida.
- b) Ayudar al doliente a identificar y expresar sus emociones.
- c) Facilitar la habilidad del paciente para vivir sin el objeto o persona perdida y tomar decisiones independientes en casos concretos.
- d) Facilitar la separación emocional de la pérdida.

- e) Proporcionar el tiempo necesario para la elaboración del duelo.
- f) Interpretar conductas normales.
- g) Permitir y evaluar las diferencias individuales.
- h) Proveer apoyo continuo.
- i) Examinar las defensas (resistencias) y la forma de enfrentarse al duelo.
- j) Identificar la existencia de una patología y si es necesario referir a quien pueda brindar ayuda específica.

Esta serie de tareas sirven de guión para que el terapeuta lleve una intervención durante un proceso de duelo.

4.3.1. ELABORACIÓN DE LA DESPEDIDA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA PSICOTERAPIA GESTALT

Dentro de la Psicoterapia Gestalt, Stephen Tobin (1975) en su artículo “El proceso de despedirse”, afirma que en general la mayoría de las personas fracasan, de algún modo, en el proceso de despedirse o concluir alguna relación. A esta reacción la llamó “agarrarse” y explica que se presenta ante la pérdida de personas emocionalmente significativas.

Explica que la reacción adaptativa ante la pérdida es un periodo bastante largo de pena y dolor, seguido por un renacer del interés por las personas vivas y las cosas en general. “La reacción de agarrarse tiene por objeto inhibir las emociones suscitadas por la pérdida y mantener presente a la persona en la fantasía”³.

Tobin afirma que una de las causas de la reacción de agarrarse la constituye la presencia de gran cantidad de asuntos inconclusos entre las dos personas, con anterioridad al término de la relación. Al hablar de “asuntos inconclusos” se refiere a una emoción vivenciada una o más veces durante la relación, pero que por diversos motivos no fue expresada. Al hablar de por qué una persona permite ir acumulando situaciones inconclusas Tobin dice:

“La gran mayoría de las personas comienzan desde la infancia a suprimir emociones dolorosas o arrolladoras mediante la contracción crónica de la musculatura lisa y esquelética y la inhibición de la respiración. Esto produce el entumecimiento de sus cuerpos y cuando llegan a adultos, su sensibilidad corporal está seriamente disminuida. Y como todos los sentimientos están localizados en el cuerpo, no logran percatarse de ellos. Esta falta de capacidad de darse

³ TOBIN, S. El proceso de despedirse, en Stevens, J. Esto es Gestalt, p.121.

cuenta les imposibilita concluir situaciones emocionales. Incluso, si llegan a percatarse de sus emociones, su tendencia es suprimirlas; desde sus mentes reciben órdenes que dictan que no deberían enojarse, que no deberían expresar amor, que no deberían sentirse tristes. Así, entonces, van silenciando los mensajes que su cuerpo les entrega y van transformando la excitación emocional en dolor físico, tensión y ansiedad”⁴.

Tobin también habla de una segunda modalidad que las personas utilizan para evitar concluir determinadas situaciones y que consiste en otorgar gran valor a alguna de las ganancias secundarias que se obtienen al “agarrarse”. Cuando el presente no les resulta excitante o se sienten incapaces de comprometerse con otras personas, pueden dar alivio a sus sentimientos de soledad pensando en sus relaciones pasadas.

Pueden existir asuntos inconclusos entre padre e hijo, entre esposos, entre amantes, entre amigos o entre cualquier otro par de personas que hayan tenido una relación intensa y duradera. Cuando no se han expresado las emociones, el individuo se halla aún cargado con mucha emoción acumulada y no expresada y la presencia de estas emociones inexpressadas dificulta poner término a la relación, sencillamente debido a que la otra persona ya no está cerca para escucharlas, o está demasiado enferma como para sostener un enfrentamiento.

Es importante que se analicen cuáles son los beneficios al no despedirse. El despedirse y elaborar el duelo necesita pasar por el sufrimiento de soltar las amarras y aceptar que la relación ha terminado, y que el vínculo emocional que hay o que hubo en la relación está terminado, o bien está a punto de terminar.

“Una de las consecuencias del agarrarse son los síntomas físicos. Algunos pacientes han identificado partes de sus cuerpos como representativas de personas que se han ido ... los que han rehusado despedirse generalmente presentan síntomas emocionales. Por ejemplo, aquellos que se han identificado con personas fallecidas, están emocionalmente muertos. ... Otro resultado emocional bastante corriente de la reacción de agarrarse es una actitud auto-compassiva y quejumbrosa hacia sí mismo; y hacia la persona que se ha ido, una actitud quejosa y culpante. El quejumbroso a menudo usa a la persona que se ha ido como excusa para sus inadecuaciones. ... Un tercer síntoma es la incapacidad para establecer relaciones estrechas con otras personas. El que está continuamente fantaseando con el pasado o con relaciones con personas que se han ido, tiene poco tiempo para los que están cerca. No ve, ni oye, ni siente lo que ocurre en el presente.”⁵

⁴ Ibidem, p.123.

⁵ Ibidem, p.126-127.

Mientras mayor es la capacidad de una persona para concluir situaciones en una relación, más auténtica es la relación. Sin embargo, lo que sucede en la mayoría de las relaciones íntimas es que después de un tiempo se han acumulado tantos resentimientos y desengaños inexpresados que las personas cesan realmente de disfrutar sus relaciones en el presente.

Las personas que pueden despedirse con un buen “adiós” cuando se termina la relación o está a punto de terminarse, son más capaces de comprometerse totalmente con el otro de una forma realista, genuina y significativa.

4.3.2. TRABAJANDO CON LA DESPEDIDA Y EL ASUNTO INCONCLUSO POR MEDIO DE TÉCNICAS DE LA PSICOTERAPIA GESTALT

Según Tobin (1975), el primer paso para ayudar a despedirse a un paciente que está agarrado es hacerlo tomar conciencia de su estar agarrado y de cómo hace esto. Por lo general, es algo que el paciente dice o hace en terapia, sea de grupo o individual, lo que hace sospechar que está en conflicto respecto a algún asunto inconcluso. Como la mayoría de las emociones, el “estar agarrado” normalmente presenta una representación corporal y el terapeuta debe estar muy conciente del lenguaje no verbal de su paciente.

Después de que el paciente ha descubierto su estar “agarrado” y cuáles son las ventajas secundarias de no despedirse, necesita decidir si quiere seguir viviendo así o bien si quiere elaborar la despedida. Cuando decide despedirse, la técnica de la “silla vacía” puede ser de gran utilidad. En ésta técnica se le ubica al paciente en una silla y se le pide que imagine a la persona fallecida o que esté a punto de fallecer en una silla vacía, en el caso de los pacientes en fase terminal se les pide que imaginen a su familiar con el que desean cerrar algunos asuntos inconclusos. Se le pregunta qué está vivenciando mientras la imagina. Sea cual fuere la emoción o el pensamiento expresado se le pide al paciente que se lo diga directamente a su familiar. Frecuentemente los pacientes vivencian resentimiento por no haber sido “queridos lo suficiente” o bien sienten culpas por no haber sido más bondadosos con la persona antes de que muriera. Después se le puede pedir al paciente que ocupe la silla en la que sentó a su familiar y qué responda como él lo hubiera hecho.

“la persona imaginada por el paciente puede sentir rabia por la falta de bondad del paciente hacia él; o bien puede asumir una actitud defensiva ante el resentimiento expresado por el paciente y dar disculpas por su falta de amor. Después de que la persona imaginada ha dicho lo suyo, se le pide al paciente que cambie de asiento y vuelva a ser él mismo en la primera silla y

se le pide que responda al imaginado. Cuando el paciente se ha metido completamente en los dos roles, se le sugiere que se cambie de sillas tantas veces lo desee.

En casi todos los casos se expresa mucha emoción –rabia, dolor, resentimiento, amor, etc–. Cuando ya el paciente aparenta no tener más asuntos inconclusos, se le pregunta si se siente preparado para despedirse. Sí el paciente está dispuesto y listo para concluir la relación, por lo general se produce una explosión emocional. Lo habitual es que el paciente complete su proceso de luto y llore, sin embargo, a veces se presenta un sentimiento de gran alivio y alegría por haber eliminado un peso muerto. Lo típico es que surjan sentimientos de mayor calidez y cercanía hacia la persona.”⁶

En general Tobin sugiere que una forma de solucionar los asuntos inconclusos es que la persona exprese sus sentimientos en fantasía a la persona que se ha alejado.

Este autor termina su artículo afirmando que los resultados con ésta forma de intervención son duraderos y lo habitual es que el paciente piense poco o nada en la persona desaparecida y adquiera un sentimiento de mayor energía y un mayor interés por la vida y las demás personas.

La situación arriba descrita se puede utilizar cuando el paciente terminal aún no ha muerto. La ventaja de realizarlo cuando sigue vivo es que ambas partes, enfermo terminal y familia, pueden descubrir la capacidad para solucionar los conflictos existentes entre ellos, lo cual les permitiría mantener una mejor relación física mientras no se efectuó el deceso. Esta intervención permite que se despidan en la realidad con lo cual se sanaría la relación antes de que llegue el momento de morir. Además sí se realiza una despedida adecuada los familiares que seguirán viviendo presentarán un proceso de duelo sano y lo resolverán de forma satisfactoria.

Cuando los sentimientos hacia el enfermo terminal son únicamente positivos, el familiar puede descubrir la oportunidad de expresarles y de agradecerle a él mismo los momentos que vivieron juntos, acercarse a él y comunicarle como se siente, con esto se puede establecer un lazo de amor y apoyo mutuo mucho mayor. La ventaja del espacio terapéutico es que tanto el familiar como el enfermo terminal pueden ensayar la forma de expresar sus emociones y decidir como acercarse a los otros.

⁶ Ibidem, p.128-129.

4.4. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN EN EL PROCESO DE DUELO EN PACIENTES TERMINALES Y SUS FAMILIARES

4.4.1. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA TENSIÓN PSÍQUICA

A pesar de la atención continua que deben prestar enfermeras y enfermeros de Unidades de Cuidados Intensivos a las alteraciones orgánicas, no se deben olvidar los factores de tensión psíquica que tiene que enfrentar el paciente y su familia. Los conflictos afectivos y emocionales que éstos deben enfrentar no sólo afectan a la salud psíquica sino que además condicionan la recuperación física del paciente.

El primer paso en la prevención o reducción de la tensión psíquica consiste en determinar cómo perciben el paciente y su familia la situación desencadenante. Dicha percepción está condicionada por la personalidad de cada individuo, la salud psicológica en ese momento, la comprensión de la situación que se está viviendo, las expectativas, la tolerancia frente a la incertidumbre y la forma de enfrentar las situaciones. La percepción inicial suele afectarse profundamente por la experiencia previa de situaciones similares, sean negativas o positivas y por el grado de familiaridad con el ambiente médico hospitalario. En los siguientes párrafos se describen algunas medidas, que se pueden poner en práctica en cualquier circunstancia y sirven para reducir la tensión psíquica que la enfermedad produce en el enfermo y en su familia: (García 2002)

- Reconocer, aceptar y animar al paciente y a su familia a expresar sus sentimientos.

Dado que al paciente crítico se le aparta de su medio habitual y de sus hábitos cotidianos y que su vida depende en gran medida de terceros, se ve privado total o parcialmente de sus puntos de apoyo afectivo. Son frecuentes los sentimientos de desamparo, impotencia, soledad y de despersonalización, así como la alteración de la imagen corporal.

Las formas de expresar y por lo tanto, aliviar la frustración, la rabia, la hostilidad, el temor y la depresión que producen estos sentimientos, se ven muy limitados por el ambiente físico de las unidades de cuidados críticos. El hecho de mantener una atmósfera de diálogo y aceptación anima al paciente a expresar sus sentimientos, y puede constituir una forma de superarlos. El diálogo sincero y abierto reduce la sensación de despersonalización y la ansiedad y evita el aislamiento y el retraimiento. Cuando el terapeuta sabe que la agresividad y la hostilidad suelen expresar temor y ansiedad y que la depresión y el retraimiento pueden ser signos de

desesperanza, soledad e impotencia o pérdida, puede aceptar esos sentimientos como algo normal y previsible en la situación en que aparecen. Si se anima al paciente a expresar sus sentimientos, le será más fácil darse cuenta del porqué de esos sentimientos y de ciertas conductas que pueden parecer anómalas o equivocadas. Esta actitud, además, acepta y protege las conductas y los sentimientos de ese tipo. Tanto las enfermeras, como cualquier otro miembro del equipo asistencial, deben estar preparados para aceptar lo que el paciente dice, independientemente de la carga afectiva que posea lo expresado. El reconocimiento y la aceptación desapasionada de los sentimientos del paciente, le refuerza en su derecho a sentirlos.

Los pacientes intubados no pueden expresar libremente sus sentimientos, incluso cuando están despiertos y en su ambiente. Por esta razón son especialmente vulnerables a las tensiones psicológicas. La enfermera debe cuidar de no caer en la tendencia natural de comunicarse menos con los que tienen menor capacidad para hablar. Una forma de reducir la sensación de aislamiento es ofrecer un lápiz y un papel al paciente y mantenerlos siempre a su alcance, ofreciéndole ayuda cada vez que sea necesario. No obstante estos métodos no son adecuados para expresar sentimientos personales o preocupaciones complejas. El terapeuta puede comprender el estado afectivo del paciente por su aspecto, por su conducta y sabe qué tipo de preocupaciones es más probable encontrar en el paciente. Una forma de lograr que el paciente exprese sus preocupaciones consiste en que el terapeuta enumere las probables inquietudes y permita al paciente asentir cuando reconoce una como propia.

- Informar, aclarar errores de interpretación en cuanto al estado físico, objetivo del tratamiento y medidas adoptadas.

Dado que la conducta del paciente frente a su enfermedad y al medio que lo rodea está condicionada por la percepción del estrés y no por la situación en sí es fundamental que tanto éste como su familia reciban la información adecuada y explicaciones sencillas. En ausencia de estas explicaciones, el ambiente de las unidades de cuidados críticos se presenta como un lugar misterioso y hostil, repleto de estímulos nocivos, que pueden percibirse como antinaturales e incluso mágicos. El sentimiento de vulnerabilidad del paciente se ve exacerbado por el alto grado de complejidad técnica que lo rodea. Por ejemplo, el paciente puede pensar que, en realidad, el monitor cardiaco está manteniendo la actividad de su corazón; que una transfusión de sangre indica que lo están desangrando o que la fisioterapia respiratoria indica neumonía.

Mucho de lo que el paciente sabe acerca de su enfermedad depende de lo que el equipo sanitario le enseñe, tanto directa como indirectamente. La enseñanza de paciente en estado crítico requiere objetivos a corto plazo. El dolor, la debilidad, la ansiedad y la confusión transitoria

constituyen algunos de los obstáculos que experimentan estos pacientes en su proceso de aprendizaje. A pesar de estos obstáculos, los pacientes y sus familias necesitan explicaciones repetidas y sencillas de todos los procesos y del propósito de cada intervención, así como una introducción a los planes de rehabilitación y de mantenimiento de la salud. Es posible que al principio los pacientes no comprendan o no crean aquello que se les dice, o que la ansiedad y la negación les impida recordarlo. Es probable que haya que repetir y reinterpretar el diagnóstico, el pronóstico, los objetivos del tratamiento, los procedimientos y las expectativas del paciente y su familia continuamente durante toda la estancia en la unidad de cuidados críticos. El paciente y su familia podrán percibir la situación con mayor claridad y hacer planes realistas si se les mantiene informados y al día en cuanto a la evolución del paciente y las modificaciones de los planes asistenciales, además, motiva la cooperación porque los convierte en miembros del equipo sanitario. (García 2002)

- Estimular y respaldar la participación del paciente y su familia en la asistencia y la toma de decisiones.

La esencia de la asistencia de urgencia es ayudar a los individuos a enfrentarse a la crisis vital producida por una enfermedad crítica. La enfermera de cuidados intensivos y emergencias en sí posee un campo de acción mucho más amplio y orientado al futuro que la mera asistencia de las crisis; pero las situaciones concretas dentro de las unidades suelen requerir la acción inmediata y el enfoque limitado propios de la asistencia de una situación crítica. En ese momento se hace necesario establecer objetivos a corto plazo para el paciente y su familia; las opciones posibles son limitadas. A medida que la situación se estabiliza, aunque no deje de ser crítica, se da más información al paciente y su familia y se les exige mayor responsabilidad en el establecimiento de metas comunes y en la elección de otras posibilidades de conductas. Cuando el paciente y su familia conocen bien el objetivo del tratamiento y comprenden el diagnóstico del paciente, su estado actual y el pronóstico, se les puede hacer participar en muchos aspectos de la planificación asistencial y son capaces de tomar decisiones coherentes con el tratamiento.

La participación de individuos en los que el paciente tiene gran confianza, supone un alivio de su sentimiento de impotencia, frustración y ansiedad. Además, cuando estas personas de gran importancia afectiva, ya sean familiares o amigos, comprenden y colaboran con los objetivos del tratamiento y participan en el cuidado del paciente, están mejor capacitados para continuar y ampliar esta conducta cuando el paciente abandona las unidades de cuidados críticos y el hospital. Aún cuando el paciente esté en coma, las visitas de personas claves desde el punto de vista afectivo, que le hablen y toque, puede tener efectos positivos, aunque difíciles de objetivar y ayudar a disminuir la sensación de desamparo de los familiares. Los pacientes con los sentidos intactos pueden participar directamente en el establecimiento de objetivos

terapéuticos y en la planificación asistencial. Una forma de aumentar la sensación de control por parte del paciente consiste en motivarlo para que planifique el programa de actividades diarias. La certeza de que sus preferencias son importantes para el equipo sanitario y de que se le trata como a un individuo capaz de tomar ciertas decisiones, mejorará la autoestima y reforzará la sensación protagonista del paciente en cuanto a su recuperación.

- Favorecer y conservar un entorno sensorial controlado.

El ambiente de las unidades de cuidados críticos y emergencias es un factor creador de grandes tensiones, con el que tanto el paciente como la familia deben enfrentarse. Hay que añadir que los pacientes que reciben narcóticos y sedantes, los extremadamente ansiosos, los que sufren varias afecciones debilitantes concurrentes, los que padecen trastornos respiratorios y metabólicos, los que sufren de insomnio y los ancianos, suelen exhibir alteraciones del pensamiento y distorsión de la percepción. Estos individuos necesitan que se les conecte con la realidad en forma continua. Aunque algunos factores ambientales no se pueden modificar, hay acciones que se pueden llevar a cabo con el fin de crear un ambiente sensorial adecuado. (García 2002)

La situación de tensión emocional puede llegar a su máximo con la muerte del paciente. Las siguientes son algunas indicaciones para la enfermera de la unidad de cuidados críticos que tiene a su cargo un paciente moribundo:

- Analizar sus propios sentimientos en relación a la muerte.
- Para valorar las necesidades del paciente y la familia es preciso escuchar.
- Estar siempre disponible; estar presente tanto física como emocionalmente.
- Ayudar en los requisitos administrativos tales como llamadas telefónicas y obtención de permisos de visita.
- Tranquilizar a la familia, asegurándole que el paciente está bajo vigilancia permanente, aún sabiendo que está indicado no practicar la reanimación. Proporcionar información.
- Respetar la relación individuo-familia que existía mucho antes que la relación paciente-hospital.
- Tratar de no emitir juicios de valor acerca de la familia o asuntos relacionados con el hospital.
- Hacer participar a la familia en la asistencia.
- Velar por la intimidad del paciente y su familia.
- Dar oportunidad a la familia para ejercer sus ritos culturales o religiosos.

- Actuar con tacto en la asistencia al paciente y a la familia.

4.4.2. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN DE LA PSICOTERAPIA GESTALT EN EL PROCESO DE DUELO DE PACIENTES TERMINALES Y SUS FAMILIARES

El punto primordial en la utilización de la Psicoterapia Gestalt en la intervención terapéutica en el proceso de duelo del enfermo terminal y de sus familiares es conseguir situarlos en su aquí y su ahora, esto con la finalidad de que sean capaces de resolver los asuntos inconclusos que se encuentran presentes en sus relaciones y que les están generando problemas en el presente, para que sean capaces de utilizar sus capacidades y recursos en acciones que les permitan vivir de mejor manera los últimos momentos (días) de tales relaciones.

Sí se consiguen resolver todos o la mayoría de los asuntos inconclusos, tanto del enfermo terminal como por parte de sus familiares, antes de que se efectúe el fallecimiento se favorecerá el proceso de duelo de ambas partes, para el enfermo terminal su proceso de duelo se verá beneficiado ya que se le permitirá cerrar todos, o la mayoría, de asuntos que están provocándole angustia, y en los familiares que continuarán viviendo su proceso de duelo será más sano y lo podrán resolver de forma adecuada.

La Psicoterapia Gestalt se basa en diversos conceptos y técnicas (ver capítulo 1), los cuales junto con las técnicas que mencionaré a continuación pueden favorecer el proceso de duelo en los pacientes terminales y en sus familiares.

4.4.2.1. LOGRAR UN “DARSE CUENTA” EN CADA FASE DEL CICLO DE LA EXPERIENCIA

Un punto muy importante es buscar que el paciente alcance un “darse cuenta” en cada una de las fases del ciclo de la experiencia, esté o no esté bloqueada, con el objetivo de permitir que la energía fluya y que el paciente descubra qué está evitando, qué está obteniendo con sus resistencias, con cuáles de sus comportamientos se quiere quedar y cuáles quiere transformar. Esto, con el objetivo de utilizar los recursos que tiene y no emplea.

El darse cuenta en cada fase, con respecto al tema de la enfermedad terminal, dependerá mucho de los bloqueos específicos que se presenten y con la fase del proceso doloroso en el que se encuentre. Algunas de las técnicas para trabajar cada uno de los bloqueos son:

Proyección. Lo que se busca al trabajar la proyección es que la persona se dé cuenta y se responsabilice de lo que ella siente, quiere y piensa de sí misma y de los demás, evitando así que lo saque y lo ponga en otro objeto.

Para lograr esto el paciente puede llamar en la fantasía a una persona con la que tenga conflictos o sí tiene conflictos con algún miembro del grupo confrontarlo directamente. Le dirá, sea en la fantasía o directamente, lo que le gusta y le disgusta de ella, diciendo lo que puede y lo que no puede aceptar de su personalidad. Cuando el paciente ha terminado de hablar, el terapeuta le preguntará “¿qué tanto de lo que acabas de decir que te molesta de “x” es parte de tu misma personalidad?”, de esta manera la persona podrá ir dándose cuenta de lo que no le gusta y no puede aceptar de su propia personalidad, dándose cuenta que tiene mucho en común con la persona con la que tiene el conflicto.

Introyección. Uno de los ejercicios consiste en pedirle a la persona que haga varias frases en primera persona (yo), como “yo pienso...”, “yo siento...”, “yo creo...”, “yo valoro...”, etc. y que vaya analizando los eventos vividos que lo han llevado a experimentar tales situaciones. Con esto se propicia que la persona se dé cuenta de que hay aspectos de su vida que no son de él, que son de alguien más y que ha adoptado como propios, esto le brinda la posibilidad de devolver todo lo que no le pertenece, para nuevamente tener contacto real con el mundo, en el cual, al tener una nueva experiencia, dejará atrás todos los prejuicios y las ideas introyectadas, asimilando la experiencia como propia. En el trabajo terapéutico, es bueno que el paciente se disguste, pues el disgusto representa el deseo de sacar o “vomitar” todo lo que no es propio.

Otro ejercicio consiste en que el paciente se concentre en comer, que se concentre en los sabores y los olores que experimenta, que sienta el morder, el masticar y el tragar. Cuando se da cuenta de la importancia de disfrutar y concientizar todos los pasos del comer, se le pide que trate de hacer lo mismo en otras áreas de su vida, como lo son el leer una novela, el dar un paseo por el parque, el vestirse, el hablar con un amigo, el relacionarse con su familia o con los compañeros de trabajo. Lo que se busca en este ejercicio es que la persona se dé cuenta de que hay mucho de su personalidad que ha sido “tragada sin ser masticada”, es decir, que hay aspectos de su vida que nunca han sido cuestionados y que quizá nunca han sido propios y que no permiten un contacto auténtico y real con el mundo.

Retroflexión. Lo que se busca en el manejo de la retroflexión es que la persona no sea tan estricta consigo misma y que se dé cuenta hacia quien está dirigida la energía que tiene contenida, aceptando que siente odio, rencor o ira hacia otras personas. Para lograr la inversión de la energía se pueden utilizar los siguientes ejercicios.

Cuando alguien en el grupo dice “Cuando sientes miedo...” o “Cuando odias a alguien...”, refiriéndose a un miedo y odio propios, lo que busca el terapeuta es que la persona se responsabilice de sus sentimientos, entonces le pregunta al grupo “¿Quién siente miedo?” o “¿Quién siente odio?”. De ésta manera la persona empieza a hablar en primera persona y se da cuenta verdaderamente de lo que siente (“yo le tengo miedo a...”, “yo odio a...”).

Cuando una persona se exige mucho a sí misma lo que se hace es preguntarle al grupo “¿Quién espera que “x” sea perfecto?” o “¿Quién cree que “x” no tiene el derecho de equivocarse?”. Así la persona se da cuenta que por alguna razón se exige demasiado a sí mismo y que no se da la oportunidad de cometer un error sin sentirse culpable.

Cuando una persona está enojada consigo misma en realidad está enojada con alguien más, pero no puede verlo así, entonces se le pregunta “¿Con quién estás enojada?”. La persona poco a poco se dará cuenta hacia quién está dirigida toda la ira contenida. Lo mismo puede hacerse cuando una persona desconfía o siente lástima de ella misma.

Cuando alguien al hablar se pega a sí mismo, lo que se hace es preguntarle “¿A quién le quisieras pegar?”, y de esta manera se logra identificar el objeto al que se encuentra dirigida la agresión.

Deflexión. Algo que ayuda mucho al trabajo con esta resistencia, es pedirle al paciente que mire a los ojos cuando habla y que utilice un lenguaje natural y espontáneo. Por ejemplo, se le pide al paciente que se imagine que habla de sexualidad a un grupo de jóvenes y se le pide que lo haga de manera concreta, que se acerque a ellos, que hable de sus experiencias para que realmente pueda establecer contacto.

Otro ejercicio puede ser el pedirle al paciente que imagine que está junto a su mejor amigo y sugerirle que le diga que lo quiere mucho o que lo abrace y le diga lo que siente por él. Lo mismo puede hacer con un compañero de trabajo o cualquier otra persona.

Confluencia. El paciente debe aprender a tomar decisiones, a experimentar el elegir sin temer en todo momento renunciar a algo, a tener contacto con sus propias necesidades. Es por

eso que un ejercicio útil consisten que el paciente declare fuertemente sus necesidades, sus expectativas y sus miedos al terapeuta o al grupo inicialmente, para que después lo pueda hacer con los demás o con alguna persona en especial. Así, el paciente experimenta que es diferente a los demás, que tiene necesidades únicas y que merece satisfacerlas, como cualquier otro individuo, sin buscar siempre las necesidades de los demás. El terapeuta constantemente ubicará al paciente mediante preguntas como: ¿qué sientes ahora?, ¿qué quieres ahora?, ¿qué estás haciendo ahora?. Esto ayudará al paciente a centrarse en sí mismo y en su aquí y ahora.

Sólo mediante un darse cuenta en cada fase se podrá liberar la energía y elaborar el duelo, sea anticipatorio o sea después del deceso y lograr que el familiar del paciente terminal pueda reincorporarse a su vida cotidiana de la mejor manera posible.

4.4.2.2. INCREMENTO DE LA AUTOESTIMA

Es muy común que un paciente que vive una enfermedad terminal, propia o de un familiar, llegue a terapia cargado de culpas y reproches hacia sí mismo por todo lo que no pudo hacer o no ha hecho ante tal suceso. Esto ocasiona que su autoestima sea lastimada y que únicamente sea capaz de ver lo que le faltó hacer ante éste evento.

Lo primero que se puede hacer es lograr que el paciente descubra para sí en ese momento que él no es el culpable de la enfermedad que está viviendo él mismo o su familiar, y que él no pudo hacer nada para evitarla. Esto se puede hacer preguntándole directamente ... ¿Eres tú el culpable de la enfermedad?, ¿Pudiste de alguna manera evitar enfermarte o que se enfermara?. Aunque puede parecer obvia la respuesta en los familiares de enfermos terminales, es importante que el paciente reafirme que aunque así lo sienta él, no es responsable de la enfermedad, ni del sufrimiento ni dolor que está viviendo su familiar. En el caso de los enfermos terminales, es probable que éstos respondan que sí son responsables de su enfermedad, en éste caso se les debe hacer aceptar que ya la padecen por lo que deben encargarse de ella ahora y no continuar reprochándose lo que han o no hecho antes.

Cuando se ha conseguido lo anterior, se puede proceder a que el paciente revise lo que sí ha hecho ante la enfermedad terminal, los cuidados que se ha o ha brindado, los sacrificios y momentos difíciles que se han vivido durante la enfermedad terminal, el cariño y apoyo que ha o le han otorgado, y es importante hacerle ver que el simple hecho de que venga a terapia significa que busca, de alguna manera, dar lo mejor de sí en ésta situación.

En el caso de los familiares de los enfermos terminales, todo esto se hace con el objetivo de que descubra que aunque no sea él quien está muriendo, también tiene derecho a expresar su coraje, angustia, miedos, resentimientos y sentimientos. Se busca que se “de cuenta” que tiene mucho que expresar y que la enfermedad terminal también afectó notablemente su vida y puede darse la oportunidad de explotar sin tener que “cuidar en todo momento los sentimientos del enfermo”.

Para reforzar que la autoestima se incremente se puede pedir también a la persona que enumere los principales logros de su vida, sus principales cualidades y cómo le han ayudado a seguir adelante durante la enfermedad terminal y también hacerle ver que sea como haya sido, hasta ese momento ha podido sobrellevar la enfermedad terminal de la mejor manera posible, según sus posibilidades.

Lo más importante es que el paciente, aunque sea en el espacio de terapia, se de la oportunidad de hablar de sí mismo y de sumir el “rol principal”, dejando atrás a los otros, por los que debe preocuparse todo el tiempo de acuerdo a lo que la sociedad espera de él. Para lograrlo, es importante que se descubra a sí mismo como alguien valioso y que merece expresar todo el sufrimiento por el que ha pasado.

También es importante que el paciente descubra que no puede dar nada que no se dé a sí mismo y revisar cuanta atención, cariño y comprensión se está otorgando. Para poder seguir adelante con la enfermedad terminal y para poder brindar amor hacia los otros, es indispensable que primero se cuide y se dé amor a sí mismo y esto no es posible si no se da cuenta de sus propias necesidades y emociones y si no tiene claro que merece recibir ayuda y apoyarse en alguien más.

4.4.2.3. CATARSIS

El simple hecho de hablar las cosas, el darse oportunidad de expresar el dolor, el coraje o la tristeza es una manera de aliviar la tensión emocional. “La confesión y el hablar de las cosas con el médico son métodos comunes de aliviar tensión, esto se conoce como catarsis. Los efectos benéficos se deben a la liberación de los sentimientos y emociones acumuladas y a que la revaloración objetiva de estos elementos internos dolorosos. El solo hecho de verbalizar aspectos propios de los que el individuo se siente avergonzado o temeroso le ayuda a desarrollar actitudes más constructivas hacia ellos. La ventilación de los miedos, rencores y problemas de la

persona a menudo produce alivio, principalmente si sus verbalizaciones son sujetas a la apreciación respetuosa y sin crítica de quien escucha”⁷.

Mucho del valor que tiene la catarsis emocional está basado en el hecho de que el paciente se desensibiliza a aquellas situaciones y conflictos que lo perturban, pero que la realidad le exige que soporte. Por medio de la catarsis, la persona puede expresar su frustración, su desesperación y angustia y puede desarrollar la capacidad para enfrentarse a las dificultades y experiencias dolorosas sin colapsarse.

La terapia gestalt, ofrece varias técnicas expresivas para lograr catarsis además del diálogo continuo terapéutico. Entre las técnicas se encuentran el golpeo de cojines, apretar una toalla o un cojín y el traer por medio de la fantasía a la persona o a la situación que originó el conflicto.

Es muy importante que tanto el enfermo como sus familiares expresen toda la agresión que traen consigo y que no han podido exteriorizar, esto con el objetivo que el sentimiento de culpa se termine o por lo menos disminuya. “La culpa no es más que resentimiento no expresado. Cuando el paciente se da la oportunidad de sacar su agresión y su resentimiento, la culpa desaparece.”⁸

Es importante dejar hablar al paciente y que exprese lo que siente, lo que piensa y lo que imagina (sus fantasías catastróficas). Cuando se da la oportunidad de hablar y decir lo que siente como es, puede realmente aliviar la tensión.

4.4.2.4. FAVORECER LA EXPRESIÓN DE LA RETROFLEXIÓN

Sí recordamos que la retroflexión es “hacerme a mí mismo lo que me gustaría hacerle a alguien más”, cuando no se expresa la agresión y el coraje que se siente hacia la enfermedad, hacia sí mismo o hacia el familiar enfermo, es común que se presenten síntomas psicósomáticos, que no son más que energía que el cuerpo está reteniendo.

Esta técnica está íntimamente ligada con la anterior y tiene como objetivo aliviar la tensión que se produce al no expresar los sentimientos hostiles que el paciente está cargando.

⁷ WOLBERG, Técnicas psicoterapéuticas. p.16.

⁸ COGGIOLA, Y. op. cit., p.11.

Es importante que tanto el enfermo como sus familiares descubran que tienen derecho a estar enojados y a expresarlo, debido a que sus vidas se han visto afectadas a partir de la llegada de la enfermedad. En éste caso es importante que se permita la expresión del enojo en el espacio terapéutico y de forma independiente (el enfermo terminal separado de los familiares), esto con la finalidad de evitar crear problemas, además en el espacio terapéutico se puede ensayar la forma de expresar el enojo hacia el otro(s) de la mejor manera.

Para favorecer la expresión de la retroflexión se utiliza la fantasía, es decir, se trae al presente y al momento actual la enfermedad, al enfermo terminal (en el caso de los familiares), a los médicos que están llevando el caso, etc., es decir, se pueden imaginar todas las personas involucradas con la situación y se le permite al enfermo o a sus familiares expresar sus sentimientos hostiles. Puede ser únicamente de forma verbal, pero también puede utilizar como herramientas de apoyo el golpear con cojines, apretar una toalla o un cojín; la expresión de la agresión de forma física se puede complementar con la expresión verbal, es decir, mientras golpea puede decir todo lo que le gustaría al objeto de su agresión.

Es importante reiterar que cuando se permite la expresión de la agresión o resentimientos se disminuye o se terminan los sentimientos culpígenos que son muy comunes en un proceso doloroso. Cuando la persona se da cuenta de que se está lastimando y que esa agresión en realidad no está dirigida hacia él mismo sino hacia alguien, o algo, más se da la oportunidad de expresarla, con lo que comienza la auto-sanación y el retorno al auto-respeto. Es así como la autoestima del paciente puede comenzar a ser más positiva, por lo que puede elaborar el proceso de muerte sin necesidad de continuar lastimándose más.

4.4.2.5. FAVORECER EL CONTACTO CON LAS TRES ZONAS DE RELACIÓN

Es importante que durante el proceso terapéutico el paciente aprenda a diferenciar lo que siente (zona interna), lo que percibe (zona externa) y lo que piensa o fantasea (zona media o intermedia). Esto se debe a que la angustia se encuentra localizada en la zona intermedia, de la fantasía, y se expresa mediante fantasías catastróficas (aquellas en las que se imaginan que algo malo les va a suceder), por lo que es importante diferenciar sus fantasías de lo que realmente está ocurriendo en el presente.

En el caso de una enfermedad terminal, la angustia que se experimenta es por el miedo de que llegue el momento del deceso. Se experimenta día a día, pues los que rodean al enfermo terminal y él mismo perciben como poco a poco se va consumiendo y cómo se va dando una pérdida constante de sus capacidades y su vitalidad. Sin embargo, se debe resaltar el hecho de que el enfermo terminal y sus familiares siguen vivos, por lo que en el presente aun tienen la capacidad de brindar y recibir amor.

También es importante que tanto el enfermo terminal como sus familiares descubran sí lo que conocen de la enfermedad es realmente el diagnóstico y el pronóstico que los especialistas han elaborado, o más bien es “lo que él cree”. Por esto es aconsejable que en terapia se distinga entre lo que el paciente sabe de hecho, percibe del ambiente, siente y fantasea, ya que en varios casos la realidad se encuentra un poco lejos de los que los afectados están experimentando.

Por todo esto “es fundamental que siempre se hable con la verdad, tanto al paciente que está muriendo como a los familiares. El conocer la verdad, aunque ésta sea dolorosa, alivia la angustia, pues se conoce lo que está sucediendo y la incertidumbre disminuye.”⁹

4.4.2.6. SENSIBILIZACIÓN A LA ANGUSTIA

Cuando la persona descubre que siente angustia, es importante que se dé cuenta de cómo la siente, es decir, que se descubra dónde y cómo la está manifestando corporalmente, cuáles son las sensaciones que produce, qué músculos están tensos y que descubra también sí hay otras sensaciones que la acompañan.

Esta técnica se utiliza con el objetivo de favorecer la expresión de la angustia y que se de la oportunidad de manifestarla. Es importante recordar que la angustia para la Psicoterapia Gestalt es una “fantasía catastrófica”. Ya que la angustia se origina en imaginar que las cosas no van a salir bien y que todavía no se puede conocer con certeza cómo se van a desenvolver los hechos (debido a que sucederán en el futuro), una fantasía catastrófica puede ser cambiada por una “fantasía anastrófica” que consiste en imaginar que las cosas van a salir lo mejor posible y así se puede aliviar la tensión y disminuir la sensación de angustia. Esto se puede realizar mediante fantasías guiadas, en las que se le pide al enfermo terminal, o a sus familiares, que se

⁹ Ibidem, p.12.

imagine a sí mismo, en el caso del enfermo terminal, o a su familiar enfermo tranquilo, en paz y disfrutando de sus últimos días de vida. Sí el familiar ya murió y la angustia se origina en imaginarlo sufriendo, se puede acompañar a que el paciente lo imagine en un lugar hermoso, radiante y feliz, realizado por haberse desprendido del sufrimiento y haber alcanzado la felicidad (Coggiola, 1995).

4.4.2.7. TÉCNICAS ESPECÍFICAS PARA SOLUCIONAR LA FIJACIÓN

Es importante mencionar que la fijación es otra resistencia o bloqueo del ciclo de la experiencia, ésta se localiza dentro de la fase de post-contacto. Consiste en la necesidad de no retirarse del contacto, lo que lleva a rigidizar los patrones de conducta. La persona huye a la posibilidad de ser libre y es una manera de anclarse a lo que ha pasado, con el propósito de no enfrentarse al momento presente y correr riesgos. Es una forma de no comprometerse, perdiendo energía para no continuar el proceso de crecimiento. La persona no toma en cuenta ni sus necesidades ni las de los demás.

Debido a que en todo duelo hay un componente importante de fijación, es necesario que el paciente desbloquee la fase de post-contacto para poder entrar nuevamente en reposo y pueda surgir una nueva figura. Algunas técnicas planteadas por la Psicoterapia Gestalt que permiten liberar la energía bloqueada en esta fase son:

- Descubrir el miedo involucrado. El temor que está involucrado en la fijación esta dirigido hacia la libertad. Es fundamental que el paciente descubra este temor y que se de cuenta de lo que pasaría si fuera libre. Es posible que exista una fantasía catastrófica involucrada por lo que no se quiere asumir la libertad. Por eso es importante encontrar los mensajes que se dice a sí mismo y que favorecen el que no se permita ser libre. Un mensaje que comúnmente se encuentra en una persona en medio de una crisis es “estarás solo”, “nadie te querrá”.

En el caso concreto de una enfermedad terminal, un temor común en los familiares del enfermo terminal es a contraer la misma enfermedad y vivir el mismo proceso doloroso. En este caso, se busca favorecer la individualización de los miembros de la familia, es decir, acompañar al paciente para que descubra que lo que le sucedió a un miembro de la familia no implica que los demás también lo van a vivir. Esto se puede lograr revisando la historia personal de cada

miembro de la familia y descubrir que aunque hay aspectos en común, cada uno ha vivido momentos y experiencias totalmente diferentes.

- Acompañar a que el paciente aprenda a ser un buen padre de sí mismo. En el caso de una enfermedad terminal, los familiares viven día a día al igual que el enfermo terminal, esto se debe al deterioro físico del enfermo terminal, pues al presentarse este último los familiares tienden a cuidar cada vez más al enfermo. En este punto es importante que cada uno (enfermo terminal y familiar) sea capaz de cuidarse a sí mismo de la misma forma en que cuida a los demás, en el caso de los familiares que se desviven por cuidar al enfermo se les debe ayudar a que aprendan a tratarse a sí mismos de la misma forma; es importante que cada uno descubra cuáles son sus necesidades y que las satisfaga, esto lo conseguirá centrando su atención en sí mismo. Esto favorece que la energía que está invertida en la otra persona sea invertida nuevamente en sí mismo. Así el paciente puede descubrir nuevamente que vale y que merece ser cuidado, querido, protegido y aceptado por sí mismo.
- Lograr que el paciente descubra qué consigue al no “poder dejar de pensar en la muerte”. Esto es centrar al paciente para dirigirlo a su “darse cuenta”. El terapeuta lo que puede hacer es simplemente cuestionarlo con un ¿para qué lo haces?... ¿qué consigues al pensar todo el tiempo en eso?... ¿para qué te torturas con ese pensamiento constante?... ¿para qué piensas en esta situación que te resulta tan difícil en todo momento? Es importante que el paciente vaya respondiendo para qué lo hace, sin embargo es común que responda con un “porque...”. El darse cuenta está en el “para qué” y no en el “por qué”, por eso es importante interrumpirlo y hacerle la aclaración, para que descubra qué consigue con su pensamiento obsesivo.
- Prescripción del síntoma. El paciente que está bloqueado y presenta alguna fijación, comúnmente afirmará que “no puede dejar de pensar en...”. En el caso concreto de una enfermedad terminal, hablará de que no puede dejar de pensar en la muerte o en el sufrimiento que se está viviendo. Al exponer esta situación parecería que el control del pensamiento no está en el paciente sino que lo tiene la idea obsesiva. Lo que se puede realizar para romper la fijación es lo que se conoce como la técnica de prescripción del síntoma, que consiste en pedirle al paciente que piense aun más en la muerte, de sí mismo o de su familiar, y que no se permita pensar en nada más y que cada vez que su mente se dirija hacia

otra idea busque regresar al pensamiento de muerte. Para el paciente, el síntoma (pensamiento obsesivo) es incontrolable, sin embargo, al pedirle que realice una conducta “incontrolable”, se vuelve en una conducta “controlable”, por lo que puede descubrir que el control del pensamiento lo tiene él mismo.

“La prescripción del síntoma consiste en hacer que el sujeto se comporte como ya lo está haciendo. A la luz de lo dicho, ello equivale a una paradoja del tipo ‘sé espontáneo’. Sí se le pide a alguien que se comporte de una determinada manera que él considera espontánea, entonces ya no puede ser espontáneo, porque la exigencia hace imposible toda espontaneidad. Sí se indica a un paciente que lleve a cabo su síntoma y aquel comprueba entonces que se puede librar de él, consigue el resultado de un insight liberador”¹⁰.

Es importante tener claro que mientras el enfermo terminal o sus familiares no descubran que ellos mismos controlan su pensamiento, la idea obsesiva retornará junto con el dolor y la angustia que la acompañan.

4.4.3. ASPECTOS QUE SE DEBEN RECOBRAR EN TODA INTERVENCIÓN EN EL PROCESO DE DUELO

Coggiola (1995), afirma que durante la intervención en el proceso de duelo es importante facilitar que el enfermo terminal y sus familiares recobren algunos aspectos que les pueden dar un sentido positivo a su dolor. Tales aspectos son:

- Amor y calidez hacia sí mismo y hacia los otros.
- Aprecio y gratitud hacia sí mismo y hacia los otros.
- Pasión por rescatar su vida personal y familiar.
- Determinación y firmeza, proponerse nuevas metas que impliquen el retorno al autocuidado y autoapoyo.
- Flexibilidad, para poder aprender nuevos patrones de relación y para permitirse intentar nuevas soluciones a los problemas.
- Alegría, saber disfrutar lo que sí tiene en la vida y no sólo centrarse en el sufrimiento de la enfermedad terminal.
- Confianza, en sí mismo, en la vida y en un Ser Supremo, para que se pueda lograr la aceptación de lo inevitable: la muerte.

¹⁰ WATZLAWICK, P. Teoría de la comunicación humana, p. 220-221.

- Curiosidad, para tomar el riesgo de intentar nuevas soluciones y nuevas actividades que lo lleven a estar consigo mismo.
- Vitalidad, para descubrir que aunque en la familia se esté viviendo un proceso de muerte, él puede luchar por los sueños que aun no ha conseguido y puede conseguir.
- Independencia con sus seres queridos, pues puede aprender a darse a los demás y a recibir de ellos apoyo, amor y calidez.

Finalmente es importante mencionar que por medio de la psicoterapia Gestalt en el proceso de intervención del duelo con enfermos terminales y sus familiares no se podrá disminuir la tristeza ante las pérdidas, lo único que permite disminuirla es vivirla, expresarla y elaborar el proceso de duelo. Esto se favorece conforme la persona puede utilizar un mayor número de recursos y cuando puede expresar lo que piensa y siente. Es decir, todas éstas técnicas no resuelven el duelo ni eliminan los sentimientos dolorosos, lo que permiten es facilitar el proceso de duelo en sí impidiendo que se presenten bloqueos que podrían resultar más dolorosos y duraderos.

PROPUESTA DEL TALLER DE DUELO

TALLER DE DUELO

JUSTIFICACIÓN

La tercera parte de las muertes que se registran al año en México se debe a enfermedades terminales, según estadísticas de la Secretaría de Salud, esto equivale aproximadamente a 165 080 muertes anuales¹. Como podemos ver, es una cifra altísima; sin embargo, las instalaciones de salud pública no ofrecen servicios que propicien una calidad de vida necesaria para hacer llevadera la agonía de los enfermos. Los hospitales privados son los únicos que se preocupan por el bienestar de este tipo de enfermos, pero a un costo de hasta tres mil pesos la hora de atención. Aunado a esto, aproximadamente el 80 por ciento de los médicos del sector salud no están capacitados para tratar con pacientes condenados a morir, la formación del médico en México no contempla el aprendizaje de éste tema. Difícilmente han llevado este tipo de capacitación por lo que es común que los médicos incurran en mecanismos de defensa ante la muerte como la frialdad o la deshumanización.

Es necesario que existan servicios que brinden bienestar a este tipo de enfermos pues además de sufrir conflictos físicos, viven un malestar psicológico preocupante que requiere de atención psicológica oportuna. Tal malestar se considera "normal" ante las múltiples pérdidas que se viven durante el padecimiento, esta respuesta es comprensible y esperada y se ve influida por múltiples factores que hacen de cada duelo una respuesta altamente individual. Así, aunque no hay una "respuesta estándar de duelo", se puede decir que hay un proceso básico, y aunque cada respuesta individual tiene sus matices personales, los procesos psicosociales y los sentimientos experimentados, así como la sucesión en que se presentan, son muy parecidos (Royal College of Psychiatrists, 1999).

Aunque las características del duelo se definan desde diversas perspectivas teóricas, aunque se encuentren matizadas por los diferentes enfoques, las propuestas coinciden en señalar que hay un "trabajo" que hacer, hay sentimientos, representaciones, relaciones, ajustes, que se tienen que hacer tanto a nivel interno (representacional, psicológico, afectivo), como a nivel externo (en el mundo de relaciones familiares y sociales). Y dicho trabajo resulta necesario porque activa algunos modos de relación específicos, necesarios para el manejo de los sentimientos intensos suscitados, para el reacomodo con la realidad externa, y para el proceso interno de reconfiguración del vínculo roto.

¹ Secretaría de Salud, México, 2006.

En un proceso que se vive de esta forma, las fases se suceden una a otra de manera fluida. Sin embargo, por razones defensivas, se puede detener, entorpecer, acortar, alargar, o brincarse etapas, no es un proceso lineal y se puede retroceder en sus etapas o presentarse en orden diferente. Lo más importante es permitir que la persona manifieste abiertamente todas sus emociones y pensamientos, con el fin de ir aceptando paulatinamente la realidad de la pérdida. Las expresiones interrumpidas en su curso natural, pueden tomar las características de un asunto inconcluso, por lo tanto una de las ayudas más importantes que puede ofrecer el terapeuta es ayudar a los involucrados a confrontar los asuntos inconclusos, alrededor de los cuales están atascados o bloqueados, esto con la finalidad de que puedan transitar por las diferentes etapas del duelo, contactando plenamente los sentimientos de cada fase, lo cual los llevará a una aceptación gradual de la pérdida y a una reconfiguración del campo, tanto en sus aspectos externos como internos, con lo que se podrá cerrar el ciclo de experiencia correspondiente al duelo.

Siendo tal la cantidad de personas que se encuentran en una situación de enfermedad terminal resulta necesaria la implementación de un taller en el que se favorezcan las condiciones de despedida y salud mental de tal población.

Ante este panorama, la psicoterapia Gestalt aparece como una herramienta útil en la intervención del proceso de duelo ya que plantea diversas técnicas y ejercicios que permiten que la persona, en este proceso, trabaje los diversos conflictos de cada fase y que resuelva tal proceso de forma satisfactoria.

OBJETIVOS GENERALES

1. Que el paciente terminal conozca el proceso de duelo que se vive ante una enfermedad de corte terminal.
2. Apoyar a que los pacientes asuman la situación crítica que trae consigo el proceso y curso de una enfermedad terminal y que a pesar de ello mejoren su disposición para enfrentar el futuro.
3. Que reconozcan como naturales y acepten en sí mismos su vivencia de duelo, para poder responsabilizarse de ellas y plantear soluciones a sus malestares psicológicos.
4. Favorecer la elaboración de las primeras etapas del duelo.

SUJETOS

Es un taller recomendado para personas que padecen alguna enfermedad terminal, pero que aún no se encuentran en una fase crítica que les impida moverse por sí solos o mantenerse atentos y despiertos, es decir, deben encontrarse en las primeras etapas del padecimiento.

ESCENARIO

Salón o habitación ventilada y alejada de ruidos fuertes. El salón se puede ubicar dentro de un hospital o ser el consultorio de algún psicólogo. Se requieren sillas suficientes para los participantes.

PROCEDIMIENTO

El taller se compone de 11 sesiones compuestas de explicaciones teóricas sobre el proceso de duelo y ejercicios fundamentados en la psicoterapia Gestalt. Las sesiones están programadas para una duración de aproximadamente 2 horas, y han sido secuenciadas de acuerdo a la etapas planteadas por Kübler-Ross sobre el proceso del duelo, esto con la finalidad de establecer una secuencia a seguir dentro del proceso.

INSTRUMENTO

El Cuestionario Multifásico para Reacción de Duelo de A. Godines y E. Solorio se compone de inventario, hoja de respuesta, clave, hoja de porcentajes y gráfica de perfil. Se trata de un inventario que mide diversas reacciones del proceso de duelo, clasificándolas de acuerdo a las etapas planteadas por Kübler-Ross (negación, ira, pacto, depresión y aceptación). Se encuentra constituido por 107 reactivos, 106 con respuesta de SI y NO y 1 con respuesta abierta. Se puede aplicar de manera individual o grupal, durante su aplicación la persona debe leer oración por oración en el inventario y responder delante de cada enunciado Posteriormente, se califica y con el resultado se puede observar en qué etapa se encuentra la persona de acuerdo a porcentajes. Para mayor información ver anexos B, C, D, E, F y G.

SESIÓN 1. INTEGRACIÓN DEL GRUPO

OBJETIVOS

1. Que los participantes se integren al grupo.
2. Que los participantes manifiesten sus expectativas ante el taller.
3. Que los participantes respondan el Cuestionario Multifásico para Reacción de Duelo de A. Godines y E. Solorio.

MATERIALES

Cuestionario Multifásico para Reacción de Duelo de A. Godines y E. Solorio (inventarios) (Anexo B).

Lápices.

Mantas o colchonetas para sentarse cómodamente en el piso.

TIEMPO

Aproximadamente 2 horas.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

1) Saludar al grupo y explicar que resolverán un breve cuestionario sobre los síntomas que han estado presentando desde el conocimiento de su diagnóstico, pedir que lo hagan de forma sincera pues sus respuestas servirán para evaluar los resultados del taller. Entregar los inventarios y sus hojas de respuesta, pedir que contesten el cuestionario. En caso de ser necesario leer las instrucciones en voz alta y explicar a todo el grupo. Si durante el transcurso de la solución del cuestionario surgen dudas resolverlas de forma individual o grupal, según sea el caso.

Al terminar agradézcales de forma individual o grupal por su cooperación al contestar la prueba.

2) Dinámica de Integración:

a) Dar la bienvenida y manifestar sus expectativas de que el taller le sea de utilidad para recuperarse de la situación que está enfrentando. Remarque su presencia como una señal de su mejoría y de su capacidad y deseo de seguir mejorando.

b) Comunicar al grupo que desarrollarán un ejercicio para conocerse e integrarse entre sí.

c) Pedir a los participantes que se sienten cómodamente sobre las colchonetas colocadas en el piso y pedir que de forma individual para conocerse un poco compartan con el grupo la siguiente información:

- Su nombre.
- ¿Qué esperan del taller? ¿Qué desean encontrar en él?

- ¿Cómo se sienten de estar ahí?

Mientras cada persona habla realice intervenciones preguntándoles ¿cómo se sienten?. Debe permitir que los otros intervengan en caso de que deseen preguntarle algo al que se esté presentando, pero impida que se desvíe el tema.

d) Al finalizar la actividad anterior pedirles que piensen en lo que han aprendido en esta sesión, es importante que reflexionen lo que han aprendido, para qué les sirve y cómo lo pueden utilizar en su vida diaria. Darles tiempo. Después pedirles que lo compartan con el grupo. Para cerrar la sesión pedirles que cada uno describa con una palabra como se siente en ese momento.

SESIÓN 2. QUÉ ES EL DUELO Y SU PROCESO

OBJETIVOS

1. Que los participantes conozcan el proceso del duelo.
2. Que los participantes reconozcan las expresiones del duelo en ellos mismos ubicándose dentro del proceso del mismo.

MATERIALES

Hojas blancas.

Lápices.

Acetato o gráfico del cuadro de las manifestaciones ante las pérdidas (Anexo A).

TIEMPO

Aproximadamente 2 horas.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

a) Dar a los participantes una explicación semejante a la siguiente.

"Ya nos hemos conocido un poco, ahora quiero que ustedes conozcan varias cosas. Primero quiero que conozcan lo que está pasando en ustedes, o lo que puede pasarles, debido al estado de salud por el que están pasando, en el cuerpo, en las emociones, en el pensamiento, en relación con otras personas y con las cosas, y, en fin, en todo lo que son. También quiero que sepan lo que vamos a hacer en este taller y para que les servirá.

Están pasando por una enfermedad, por muchas penas y dolores que deben estar sintiendo; penas y dolores en el cuerpo y en el alma. Y... es más que normal que sientan lo que están sintiendo. Yo también he tenido durante mi vida, pérdidas que me han dolido mucho, pero nunca he pasado por una crisis tan enorme como la que ustedes están sufriendo. Al revivir la pérdida de personas muy queridas para mí, puedo entender un poco lo que está pasando en ustedes.

Perder algo, nos lleva a sufrir lo que podemos llamar "crisis". Una crisis es algo doloroso. Es un cambio en la vida. Toda crisis es como el punto de una carretera en donde se abren dos caminos. Uno de esos dos caminos conduce al peligro, al sufrimiento, a la enfermedad física y mental, a la improductividad, al estancamiento en la vida. El otro camino conduce a nuevas oportunidades: la oportunidad de recuperarnos de nuestros dolores, la oportunidad de encontrar una nueva vida productiva, la oportunidad de aprovechar las experiencias de los caminos

anteriores para no caer en los mismos errores sino nacer de nuevo, realizar nuestros deseos y desarrollarnos.

Ustedes son el caminante. Están en el punto, o por llegar a él, donde se abren los dos caminos. Están en la crisis, en la pérdida, en el dolor. Probablemente no saben cual es el camino que lleva al peligro y cual es el que lleva a la oportunidad. Nosotros queremos, en este taller, indicarles cual es el uno y cual es el otro. Al comenzar, el camino es igual: destapado, sin pavimentar, lleno de piedras, huecos, polvo y dolor. El camino del peligro, aunque en dado momento parece más suave, sigue destapado y es insoportable a su final. El camino de la oportunidad poco a poco va pavimentándose hasta que queda casi perfecto. De vez en cuando encontrarán una piedra o un pequeño huequito pero casi todo está en perfectas condiciones.

Veamos detenidamente cómo es el camino de la oportunidad. Comienza con la crisis: aquel ruido infernal, los gritos, el correr, el olor, la muerte, las lesiones en el cuerpo y el pánico. Pasa un tiempo y ya no está en el sitio ni en el momento de la crisis. Han perdido tanto que les duele reconocerlo. No creen que esto les haya pasado a ustedes. Dudan. Creen que sólo fue una pesadilla. Creen que no morirán y que en cualquier momento les dirán que el diagnóstico fue un error. No sienten nada, ni tristeza ni dolor. ¡Nada! Solo una indiferencia. Están en el punto de la negación o la incredulidad. Su cuerpo y su mente son sabios. Saben que necesitan ese tiempo para prepararse para el largo camino de la oportunidad. La negación es normal, natural y necesaria para su recuperación; no vivirla es peligroso.

Pasa otro tiempo y es necesario seguir caminando por la vida. Se dan cuenta de que no ha sido una pesadilla; todo pasó de verdad. Han perdido a su gente, lo han perdido casi todo. Su cuerpo está resentido y es normal que esté así. Son muchas las piedras y el polvo en el camino. Tienen problemas: físicos, están cansados, les duele la cabeza, las piernas o el estómago, sienten hasta indigestión, no pueden dormir bien, tienen palpitaciones y hasta les falta el aire. Están muy nerviosos y confundidos. Nada les interesa. No hay orden en su vida. La rutina que antes llevaban se ha perdido con tantas otras cosas. Ahora, todo es distinto. A veces tienen hasta ideas raras, oyen las voces de sus muertos, los ven. Recuerdan que se han quedado sin lo que más querían y no tienen ganas de vivir. A veces quieren morir. Están enojados, de mal genio y se sienten descontrolados. Por momentos están muy tristes y lloran mucho. Otros momentos sienten mucha rabia en contra de la vida, en contra de su familia, con la naturaleza, con el gobierno, con todo el mundo y con Dios. Y es muy normal y natural que sientan eso. Son otras piedras en el camino. Si no las pasan, no van a llegar al pavimento.

Todas las personas que han estudiado lo que pasa en las crisis, nos dicen que debemos pasar por estos malos momentos si de verdad queremos recuperarnos y rehacer nuestra vida.

También sienten miedo, miedo a todo: a un futuro incierto, al deterioro causado por la enfermedad, a otros problemas, a lo que pasará. También pueden estar sintiéndose culpables: por no hacer eso o aquello, por haber actuado de aquella manera y no de esa, etc. Todo eso es normal, natural y necesario.

Pasado algún tiempo, todas esas reacciones habrán comenzado a disminuir. Cada día van a encontrar menos piedras en el camino. Estarán entrando en el pavimento del camino de la oportunidad. Como ya no tienen que gastar sus energías en saltar piedras y tratar de ver a través del polvo de los sentimientos y dolores, tendrán tiempo para pensar serenamente y reflexionar en lo que van a hacer con sus vidas. Planearán actividades, empezarán una nueva vida en colaboración con otras personas. Estarán creciendo como persona. Estarán madurando. De vez en cuando vendrá algún recuerdo triste, un sentimiento tormentoso, pero pasaran pronto a la luz que llegó a su valle oscuro. Habrán encontrado los triunfos que lleva el camino de la oportunidad.

Ahora veamos como es el camino del peligro. Comienza igual que el de la oportunidad, con la crisis, el mismo ruido infernal, los mismos gritos, el correr de la gente. Pasado un tiempo la misma negación. Después ya saben que todo fue cierto, su cuerpo se resiente, su alma sufre. Se asustan con eso. Son muchas las piedras, los huecos y el polvo. No quieren pasar por ellos. De pronto aparece un camino que no parece tan destapado y difícil. Están tan cansados de sufrir que lo toman como la salvación. Parece que no hay más piedras, que no hay mas polvo, que no hay más problemas. Parece ser su escapatoria. Es entonces cuando descubren que ese camino es el del peligro. Huyen, tratan de escapar del sufrimiento con cualquier remedio a la mano. Evitan sentir lo que están sintiendo. Evitan manifestar lo que están sintiendo. Compiten con otras personas para ganarles y conseguir más ayuda, más protección. Más regalos, más préstamos. Están tan ocupados en esto que se olvidan del dolor y de las pérdidas que acaban de tener. También puede ser que se den cuenta de que si muestran su sufrimiento, otros los compadecerán y los ayudarán. Entonces comienzan, sin proponérselo, a exagerar sus sufrimientos para conseguir ayuda en todo momento y en toda actividad. Cueste lo que cueste. Al cabo de poco tiempo, descubren que su camino milagroso de escape los ha llevado a un peor problema. Sus emociones escondidas hacen una brusca aparición... como un volcán, un volcán que explota y escupe su caliente veneno sobre víctimas inocentes, y van a entrar en una crisis.

Esta nueva crisis puede tener muchas formas distintas, todas perjudiciales. Podrían querer una completa inactividad, llena de pereza o desinterés. O, al contrario, podrían querer distraerlos con movimientos y actividades a toda hora. O podrían querer encerrarlos dentro de su mente y sólo pensar en su situación y en sus pérdidas. Podrían enfermarse crónicamente. Podrían caer en la

red del trago o de las drogas para esconder sus penas. Podrían perder sus mejores amistades. Podrían tomar decisiones equivocadas o impulsivas. Podrían sentir que nada vale la pena e intentar matarse. O podrían meterse en un mundo de fantasía que excluye la realidad. Y este es el camino que iba a ser su salvación !!!.

Todo llegará a tal punto que querrán regresar para tomar el camino de la oportunidad, aunque parezca más difícil, porque nada puede ser peor que éste. Y lo podrán hacer. El otro camino siempre los espera hasta que estén dispuestos a enfrentar unas cuantas piedras y un poco de polvo para llegar al pavimento. Cualquier cosa es menos mala que éste camino del peligro.

Quiero repetirles que lo que buscamos en este Taller es hacerles conocer los dos caminos y ayudarlos a seguir el de la oportunidad. Se que va a ser doloroso al principio—más doloroso que la entrada del camino peligroso—pero es un dolor necesario para aprovechar el camino de la oportunidad y para recuperarse. Lo sé porque he vivido y he trabajado con otros que lo han vivido."

- b)** Pedir a cada participante, mientras muestra el cuadro de las manifestaciones ante las pérdidas (Anexo 1), que busque que manifestaciones ha vivido.
- c)** En 2 subgrupos, pedir que cada persona le cuente a sus compañeros que manifestaciones presenta en este momento y por las que ha pasado.
- d)** Al finalizar la actividad anterior pedirles que piensen en lo que han aprendido en esta sesión, es importante que reflexionen lo que han aprendido, para qué les sirve y cómo lo pueden utilizar en su vida diaria. Darles tiempo. Después pedirles que lo compartan con el grupo. Para cerrar la sesión pedirles que cada uno describa con una palabra como se siente en ese momento.

SESIÓN 3. LA CONCIENCIA DEL CUERPO

OBJETIVOS

1. Que reconozcan la influencia del estado psicológico / anímico sobre su cuerpo y aceptar el deterioro físico causado por la crisis.
2. Que se den cuenta de sus sensaciones corporales.
3. Que planeen las medidas necesarias para garantizar una mínima salud física, y que se responsabilicen de ella.

MATERIALES

Hojas blancas.

Lápices.

TIEMPO

Aproximadamente 2 horas.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

a) Ejercicio. “Reflejando el cuerpo”. Dar las siguientes indicaciones: “Forme pareja con alguien a quien no conoce bien, párense frente a frente en silencio, y mírense a los ojos frecuentemente... Ahora quédense quietos, ¡no se muevan! Emplee un minuto o dos en darse cuenta de su posición física y de la de su compañero. Comience por usted. Tome conciencia de cómo está parado, cómo es la postura de su cuerpo, cómo se encuentra su cabeza, etc. Tome realmente conciencia de su posición física. ¿Cómo se siente en esa posición?...¿De qué manera expresa esta posición? ¿Cómo se siente usted ahora en esta situación?... Mire ahora la posición física de su compañero. Dése cuenta de cómo se para, cómo están ubicados sus brazos, de la inclinación de la cabeza, etc. ¿Qué impresión tiene usted de lo que expresa su cuerpo respecto a él mismo y de cómo se siente?...”

Ahora permanezcan inmóviles en esa posición y cuéntense de qué se dan cuenta acerca de su respectiva posición corporal. Identifíquese con el modo en que sostiene su cuerpo y asuma la responsabilidad de lo que hace. “Tengo los brazos cruzados rígidamente sobre mi pecho, me siento protegido detrás de mis brazos, como si estuviera detrás de una pared”, o como quiera que sea su experiencia...

Ahora cuéntense de qué se dan cuenta acerca de la posición corporal de su compañero. Sea específico respecto a aquello de lo que es conciente –qué ve realmente– y exprese además sus conjeturas o impresiones respecto a la posición de la otra `persona...”

b) Ejercicio. "Reflejando movimientos". "Ahora relájese. Quiero que la persona más alta en cada pareja refleje en silencio la posición física y los movimientos del más bajo. Mírense a los ojos mientras hacen esto. Un espejo refleja instantáneamente y con exactitud lo que está frente a él. Si su compañero tiene adelantado su pie izquierdo, adelante su pie derecho imitando como un espejo la postura de él. Si su compañero cambia de posición, cambie su posición para reflejar la de él. Comiencen a hacer esto ahora: el más alto imitando al más bajo. Tome conciencia de todos los detalles de la posición de su compañero, y tome conciencia de cómo se siente mientras lo imita. ¿Cómo siente esa posición?...¿Qué expresa esa posición?...¿En qué tipo de situación adoptaría usted esa actitud física y qué sentiría en tal situación?...

Quiero que la persona más baja tome conciencia de cómo se siente mientras ve reflejada su posición en la persona que lo está imitando. Note qué hace usted cuando ve algún aspecto de la imitación de su postura que no le gusta...¿Cambia inmediatamente de posición y la disimula?...Si así procede, dése cuenta que usted está más interesado en su apariencia –en mantener su imagen– que en tomar más conciencia de usted mismo como realmente es. La próxima vez que note algo en la imitación de su postura que no le guste, vea si puede darse cuenta de eso. En lugar de disimularlo continúe haciéndolo, o hasta exagerándolo, y descubra qué expresa ese movimiento o postura suyos. Si usted convierte este experimento en "sólo un juego" pierde una verdadera oportunidad para tomar mayor conciencia de su postura y de lo que esta postura expresa...

Continúe ahora con este imitar y, al mismo tiempo, cuente a su compañero de qué es consciente mientras hace esto. Comunique todos los detalles de su darse cuenta de usted mismo y de su compañero...

Ahora cambien de rol, de modo que la persona más baja refleje la posición y movimientos de la más alta. Comiencen nuevamente por hacer el ejercicio en silencio y luego, en un minuto o dos, díganse uno al otro de qué se dieron cuenta mientras lo hacían"

c) Cuando terminen el ejercicio pedirles que se relajen y tomen asiento, continuar con lo siguiente.

d) Ejercicio. "Mi Reacción Corporal". Colocar hojas y lápices en el centro del salón y explicar al grupo lo siguiente:

"Recuerdan que en el cuadro de manifestaciones ante las pérdidas vimos cómo el cuerpo reacciona ante las pérdidas. Dijimos que pueden presentarse dolores, malestares digestivos, insomnio, palpitaciones, problemas de respiración y otros. Ahora, quiero que piensen en cómo está reaccionando su cuerpo hoy en día. Anota tus observaciones en una hoja."

Dar unos minutos para esta reflexión y después pedir que cada persona comparta su lista con los demás.

e) Explicar los siguientes conceptos sobre la salud física:

"Su cuerpo está reaccionando todo el tiempo y ante todo lo que se le presenta, esto es normal. Nuestro cuerpo reacciona aunque no lo notemos y siempre tiene algo que decirnos, por eso es importante que le pongamos atención y detectemos su lenguaje. Como dije antes nuestro cuerpo reacciona ante todo, sobre todo ante las crisis, y esto nos indica que estamos vivos y que nuestro organismo es capaz de decirnos a través del dolor que debemos cuidarnos para poder recuperarnos emocionalmente. Hay varias maneras de cuidar nuestro cuerpo.

Sé que hay momentos en que no tienen ganas de comer. Sin embargo, si no comen su cuerpo va a sentirse peor y van a enfermar, con lo cual van a tener otro problema encima. Otro camino peligroso. Aprovechen los momentos en que sí sienten algo de hambre, coman. Ahora, bien, hasta donde sea posible, busquen una comida que le dé a su cuerpo las sustancias que más necesita para funcionar bien, como carne, verduras, leche, huevos, frutas y granos. Estos son los elementos básicos que les darán la energía necesaria para seguir por el camino de la oportunidad.

También procuren dormir al menos seis horas diarias. Si por la noche no tienen sueño, no se preocupen. No traten de dormir; lean algún libro que les guste o hagan cualquier otra cosa. Cuando si sienten sueño, aprovechen el momento y duerman. Dormir es necesario para que la mente y el cuerpo se repongan.

Hagan ejercicio a pesar de su pereza. La sangre tiene que circular para que se recuperen. Practiquen algún deporte, caminen, troten, hagan gimnasia, todos los días hagan ejercicio por lo menos durante diez minutos. Esto sirve para sacar la tensión y la rabia, vencer la depresión y llenar el cuerpo de energía.

Y por último en cuanto a su salud, consulten al médico cuando algo va mal en el cuerpo. El les dirá como están y les dará las mejores recomendaciones para cuidarlo. Existen servicios de salud gratuitos, entonces la falta de dinero no es excusa."

f) Ejercicio. "Mi Contrato con mi cuerpo". Dar las siguientes instrucciones:

"Ahora, vas a pensar y luego a escribir o dibujar en tu hoja, lo que tú puedes hacer en los próximos días para cuidar mejor tu cuerpo. Puede tratarse de tu dieta. Del ejercicio, del sueño o del control médico. Piensa en aquello que vas a comprometerte a hacer para cuidar mejor tu cuerpo. Si no quieres comprometerte a nada, no escribas ni dibujes nada. Solo hazlo si de verdad decides hacerlo. Puedes empezar con la frase: 'Me comprometo durante quince días a...'. Bienvenidos al camino de la oportunidad."

g) Al finalizar la actividad anterior pedirles que piensen en lo que han aprendido en esta sesión, es importante que reflexionen lo que han aprendido, para qué les sirve y cómo lo pueden utilizar en su vida diaria. Darles tiempo. Después pedirles que lo compartan con el grupo. Para cerrar la sesión pedirles que cada uno describa con una palabra como se siente en ese momento.

SESIÓN 4. NEGACIÓN Y AISLAMIENTO

OBJETIVOS

1. Que los participantes se percaten del proceso que se vive en la etapa de negación-aislamiento.
2. Que los participantes inicien el proceso de superación de tal etapa.
3. Que los participantes aprendan a alejarse y acercarse a cierta situación.
4. Que los participantes reconozcan sus miedos y deseos y se responsabilicen de ellos.

MATERIAL

Mantas o colchonetas para acostarse en el piso.

TIEMPO

Aproximadamente 2 horas.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

a) Dar a los participantes una explicación semejante a la siguiente.

“La mayoría, sino es que todos, los pacientes al recibir un diagnóstico de padecer alguna enfermedad de corte crónico, reaccionan diciendo “No, esto no puede ser” “Esto no me puede estar pasando a mí”. Seguramente esta fue su reacción. La realidad es que tal reacción es lo común. Al no creer que esto es real pueden iniciar un largo proceso en el que se dedican a buscar otras opiniones, la verdad es que no pararan de buscar nuevas opiniones hasta que acepten cual es su realidad. Durante este periodo pensarán que existe un gran error en el diagnóstico o simplemente preferirán no pensar ni hablar de ello. Les reitero, esta negación es habitual, incluso después de aceptar el diagnóstico pueden presentarse periodos de negación. Toda esta reacción es normal, pues nos sirve como amortiguador ya que nos permite recobrar un poco del shock inicial. Esta etapa también pasará, después vendrá una aceptación parcial. Así pues, la primera reacción puede ser un estado de conmoción temporal del que nos vamos recuperando poco a poco. Cuando esta sensación de estupor comienza a desaparecer y uno consigue recuperarse, la respuesta habitual es “No, no me puede estar pasando a mí”. Esto ocurre porque para todos es inconcebible pensar en afrontar la muerte, lo más probable es que falte mucho para hacerlo lo impactante es que nos lo han avisado. Tarde o temprano necesitaremos hablar con alguien sobre nuestros sentimientos, es importante que no los ocultemos por creer que podemos incomodar a los otros, después de todo fingir no nos

ayudará. Es importante que no neguemos la situación frente a los otros porque a la larga esas situaciones nos producirán más problemas”

b) Ejercicio. “Contacto-Retirada”. Dar las siguientes instrucciones: “Mire a su alrededor y tome contacto con lo que le rodea. ¿Qué experimenta aquí?... Ahora cierre los ojos... Retírese de la situación y aléjese de aquí en su imaginación. Vaya donde sea que le agrade y experimente como es estar allí... ¿Cómo es allí?... y ¿Cómo se siente allí?...”

Abra los ojos y dése cuenta de la situación aquí. ¿Cómo es estar aquí?... y, ¿cómo se siente ahora?... Compare su situación aquí con la situación allá...

Vaya nuevamente donde quiera, al mismo lugar o a algún otro, y nuevamente experimente la situación por completo...

Abra sus ojos ahora, y nuevamente contacte la situación aquí... Compárelo a la otra situación...

Continúe yendo y viniendo entre aquí y allá y dése cuenta de lo que experimenta. Note cualquier tipo de cambio en su vivencia mientras continúa así por algunos minutos.

Ahora vuelva acá y abra los ojos... y absorba lentamente su experiencia de este ir y venir...

Este ir y venir entre el contacto y el alejamiento puede serle útil de diversas maneras. Alejándose brevemente de una situación, en su experiencia física, en su fantasía o en ambas, habitualmente puede obtener cierto descanso y apoyo, y luego volver con más energía a la situación presente que tiene que enfrentar. Además examinando cuidadosamente la situación de allá, puede habitualmente descubrir allá lo que está faltando aquí. Si usted está teniendo dificultades con la gente aquí, probablemente se retirará a una situación fantásica en la que esté con personas con las que no tiene conflictos y pueda descansar.

Algo más que puede descubrir en su situación de “allá”, son situaciones incompletas que necesitan ser completadas de alguna forma. Si usted se aferra fuertemente a lo que está haciendo (negando), puede que esté evitando encarar estas situaciones no resueltas, y esas mismas situaciones no resueltas impedirán su compromiso total con el presente.

Si usted evita por completo una situación difícil, lo más probable es que empeore. Si se aferra firmemente a ella, quedará exhausto. Puede ser más eficaz atacar el problema alternadamente con un alejamiento temporal a fin de juntar fuerzas. Después de todo, todos necesitamos un alto para tomar fuerzas.

Durante estos días también sienten muchos miedos, pueden ser miedos con fundamentos y otros injustificados, quizá para ustedes todos tienen justificación sin embargo sería interesante conocer tales fundamentos.”

c) Ejercicio. “Tengo miedo de-Quiero”. Dé las siguientes instrucciones: “Elijan una pareja para trabajar. Comiencen a intercambiar frases que comiencen con las palabras “Tengo miedo de...”

Dedique 5 minutos aproximadamente para hacer una larga lista de cosas a las que teme intentar...

Vuelva sobre todas esas frases y reemplace "Tengo miedo de..." por "Quiero..." alternando con su compañero en la formulación de las mismas. Diga exactamente lo que anteriormente dijo, salvo en tal modificación, y luego tómese tiempo para tomar conciencia de cómo se sintió diciendo cada frase. ¿Qué es lo que lo atrae hacia ese miedo y cuál es la ganancia posible? Quiero que se dé cuenta de que muchos de sus miedos ocultan la satisfacción de importantes deseos. Luego repita la frase que comienza con "Quiero..." y agréguele cualquier frase que se le ocurra. Emplee unos 5 minutos para hacerlo...

Ahora emplee algunos minutos en contar a su compañero qué vivenció haciendo el ejercicio. ¿Se dio cuenta de algunos de los deseos y ganancias posibles que sus miedos le impiden lograr?... ¿De qué otra cosa se dio cuenta?...

Siempre que digo "Tengo miedo de..." me hipnotizo creyéndome menos capaz de lo que realmente soy. El decir "Tengo miedo" me debilita y acobarda. Cuando digo "Quiero" puedo darme cuenta de que experimento cierta atracción tanto como miedo. Puedo entonces estimar las posibles ventajas tanto como los perjuicios posibles de aquello a lo que le temo."

d) Al finalizar pedirles que piensen en lo que han aprendido en esta sesión, es importante que reflexionen lo que han aprendido, para qué les sirve y cómo lo pueden utilizar en su vida diaria. Darles tiempo. Después pedirles que lo compartan con el grupo. Para cerrar la sesión pedirles que cada uno describa con una palabra como se siente en ese momento.

SESIÓN 5. IRA

OBJETIVOS

1. Que los participantes entiendan el proceso afectivo normal ante una crisis.
2. Que los participantes reconozcan y acepten las manifestaciones personales de tristeza, rabia, miedo y culpa.
3. Que los participantes conozcan nuevas destrezas de manejo de sus sentimientos para responsabilizarse de ellos y darles salida.

MATERIALES

Hojas blancas.

Lápices.

TIEMPO

Aproximadamente 2 horas.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

a) Dar a los participantes una explicación semejante a la siguiente.

"Una característica del ser humano, que lo diferencia de los otros animales, es su capacidad de sentir. Nuestra naturaleza humana esta llamada ha tener sentimientos.

Un niño pequeño, si lo regañan, se siente triste y muestra esa tristeza con llanto. Si le quitan un juguete siente rabia y grita o patalea. Si lo sientan en un lugar oscuro, siente miedo y lo dice. Este mismo niño, cuando tiene un sentimiento y lo expresa deja de tenerlo. No dura mucho con esos sentimientos.

Al crecer, nos enseñaron que hay sentimientos supuestamente buenos y malos, por ejemplo, a los hombres les enseñan que llorar es malo. A las mujeres les enseñan a no sentir rabia. Cuando nos negamos a sentir o a expresar un sentimiento, la energía de ese sentimiento "prohibido" queda escondida en nosotros y después sale en enfermedad, mal genio, depresión o angustia.

Los adultos podemos aprender a reconocer y expresar todos los sentimientos del ser humano. Puedes darte permiso, a pesar de lo que te enseñaron en la niñez, de sentir y expresar tu tristeza; has perdido mucho y es normal, natural y necesario que te sientas triste y que lo expreses. Puedes darte permiso de sentir y expresar tu rabia; puedes sentirla con la tragedia, con la naturaleza, con la vida, con tu estado de salud, con Dios, etc. La rabia no tiene que ser "lógica"; puedes expresarla verbalmente y puedes desahogarla con deportes, gritos o golpes a una almohada. Puedes sentir y expresar tu miedo; hay mucho por delante que hasta puedes

sentirte culpable por las otras cosas que sientes, por lo que hiciste o dejaste de hacer, por mil cosas ilógicas que se te ocurran. Si quieres, pide perdón a la persona supuestamente afectada, pero yo no lo considero necesario.

Sus sentimientos son reales; su 'causa' puede ser un fantasma pero el sentimiento es real. Tienen derecho a sentirlos y expresarlos."

b) Ejercicio. "Mi Inventario". Pedirles que hagan un cuadro como el siguiente

	TRISTEZA	RABIA	MIEDO	CULPA
En qué parte del cuerpo lo siento				
Qué pienso al sentirlo				
Qué hago al sentirlo				
Qué quiero hacer				

Pida a cada participante que llene el cuadro y que luego lo comente en el grupo.

c) Dar a los participantes una explicación como la siguiente.

"De acuerdo, ahora que ya han detectado algunas emociones en ustedes es importante que hablemos sobre lo que ocurre después de esa primera reacción de negación. Cuando finalmente comprenden que esa es la realidad y que de verdad les está pasando a ustedes comienzan a tener sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento, todos estos sentimientos responden a la pregunta ¿Por qué yo?. Tienden a pensar que debería estar enfermo alguien más, cualquier otro, el vecino, alguien que pasa por la calle, incluso algún otro familiar. Toda la ira que sienten se desplaza en todas direcciones, los doctores no saben lo que hacen, las enfermeras nunca están al pendiente, la habitación es incómoda, nadie lo entiende, todos están equivocados. Lo único que pueden hacer es intentar descargar toda la rabia que sienten dentro. Ante toda esta explosión de ira después experimentan culpabilidad o vergüenza, "cómo es posible que yo le desee la muerte a alguien más???, qué vergüenza le dije al doctor que no sabía nada", sin embargo, no pueden evitar tener resentimientos y rabia en contra de todo lo que les rodea, después de todo alguien les comunicó un diagnóstico no muy favorable. Déjenme decirles que no tienen que sentirse mal, todo esto es válido y normal."

d) Al finalizar pedirles que piensen en lo que han aprendido en esta sesión, es importante que reflexionen lo que han aprendido, para qué les sirve y cómo lo pueden utilizar en su vida diaria. Darles tiempo. Después pedirles que lo compartan con el grupo. Para cerrar la sesión pedirles que cada uno describa con una palabra como se siente en ese momento.

SESIÓN 6. CULPABILIDAD, RESENTIMIENTO Y EXIGENCIA, COMPONENTES DE LA IRA

OBJETIVOS

1. Que los participantes reconozcan y se responsabilicen de sus sentimientos de culpa, de sus resentimientos y de sus exigencias.

MATERIALES

Sillas.

TIEMPO

Aproximadamente 2 horas.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

a) Dar a los participantes una explicación como la siguiente. “Recuerdan que en la sesión anterior hablamos sobre la libertad y la responsabilidad que tenemos con nuestros sentimientos? Pues hoy trabajaremos un poco más sobre eso.”

b) Ejercicio. “Culpabilidad”. Dar las siguientes instrucciones: “Cierre los ojos, busque una posición confortable y dése cierto tiempo para tomar contacto con su existencia física... recuerde ahora una situación respecto de la cual se sienta culpable... Siéntase en esa situación como si estuviera ocurriendo ahora... recuerde todos los detalles de esa situación. ¿Dónde está usted?... ¿Hay alguien más con usted?... ¿Qué sucede en esa situación?... ¿Qué es exactamente lo que le hace sentir culpa?... ¿Cómo se siente en esa situación?... ¿En qué partes del cuerpo siente tensión o incomodidad?...”

Piense ahora en la persona a quien menos le gustaría contarle de su culpabilidad, la persona que más se enojaría o desilusionaría si llegara a saberlo... Imagine ahora que esa persona está aquí, ahora, frente a usted. Trate de visualizar a esa persona detalladamente... ¿Qué aspecto tiene esa persona?... ¿Qué ropa lleva puesta?... y, ¿Qué clase de expresión facial tiene esa persona?...

Imagine que habla con esa persona y le cuenta exactamente de qué se siente culpable. Exprésese honesta y directamente y trate de dar con la sensación de que realmente le está hablando a esa persona, directamente. Diga silenciosamente “X, voy a contarte...” ¿Cómo se siente mientras hace esto?...

Ahora cambie de lugar con esa persona. Conviértase en esa persona y hablese a usted mismo como si fuera esa otra persona. ¿Qué responde al enterarse de esas cosas?... ¿Cómo se siente respondiéndole a esa persona culpable?... Continúe este diálogo durante un rato...

c) Ejercicio. “Resentimiento”. Continuar el ejercicio anterior dando las siguientes instrucciones: “Vuelva a ser usted mismo y exprésele a esa otra persona el resentimiento que hay detrás de la culpabilidad. Por ejemplo, si usted actuó en contra de un mandato médico, el resentimiento podría ser “Estoy resentido porque siento que no me permites decidir nada”, o algo así. De modo que exprese sus resentimientos en esta situación sobre la cual se siente culpable. Hable directamente a esa persona y dígame honestamente cómo se siente... ¿Cómo se siente mientras hace esto?...

Vuelva a cambiar lugares y responda a lo que ha dicho como si fuera esa otra persona. ¿Cómo reaccionaría esa persona ante los resentimientos expresados por usted?... Trate de captar realmente la sensación de ser esa otra persona... ¿Qué dice usted?... ¿Cómo se siente físicamente, mientras responde a esos resentimientos?... Continúe este diálogo durante un rato...

d) Ejercicio. “Exigencia”. Continuar el ejercicio anterior dando las siguientes instrucciones: “Conviértase en usted mismo nuevamente y exprese la exigencia que hay detrás del resentimiento. Por ejemplo, si el resentimiento es “Estoy resentido porque siento que no me permites decidir nada”, entonces la exigencia sería “Déjame decidir mi futuro”. Exprese sus exigencias a esa otra persona clara y enérgicamente, como si estuviera dando órdenes... ¿Cómo se siente físicamente mientras lo hace?...

Cambie nuevamente de lugar. Sea la otra persona y responda a las exigencias que acaba de expresar. Siendo esa otra persona, ¿qué es lo que dice?... ¿Cómo se siente siendo esa otra persona?... Continúe este diálogo durante un rato, cambiando de posición con la otra persona cada vez que el diálogo lo requiera. Continúe desarrollando esta comunicación honesta entre usted y esa otra persona por un rato...

Dentro de un minuto le pediré que abra los ojos y cuente a los miembros del grupo sus experiencias en este diálogo. Aún si no está dispuesto a revelar la situación específica que le produjo culpa, queda mucho por compartir respecto de la experiencia. ¿Cómo se siente siendo los dos interlocutores, y cómo cambian sus sensaciones y su interacción cuando expresa culpabilidad, y luego resentimiento y luego exigencia? ¿Qué descubre respecto de sus exigencias para con esa otra persona? Comunique sus experiencias en primera persona del presente. Abra los ojos ahora, retorne al grupo y comparta sus experiencias...

Una exigencia es un tipo muy directo de comunicación. Cuando digo “¡Haga esto!” o “¡No haga eso!” me estoy expresando enérgica y abiertamente, y estoy asumiendo la responsabilidad de mi experiencia: Yo te digo lo que quiero que hagas. Todos planteamos exigencias, muchas exigencias a todo el mundo, y tenemos el muy real problema de manejarlas y encontrar un modo aceptable de hallar soluciones a las exigencias conflictivas.

Un problema mucho mayor es que la mayoría de las exigencias no son expresadas abierta y directamente. Generalmente no quiero asumir la responsabilidad de mis exigencias, de modo que las oculto y disfrazo en dulces requerimientos, sugerencias, preguntas, acusaciones e incontables manejos. Cuando disfrazo la expresión de mis exigencias, se vuelven confusas tanto para usted como para mí. Ambos nos damos menos cuenta de lo que está ocurriendo entre nosotros. Mis exigencias pueden ser tan confusas que usted no pueda satisfacerlas, aún deseándolo. Debemos responsabilizarnos de nuestras exigencias y plantearlas de manera clara y directa, en el caso de que no nos las puedan satisfacer debemos entender que no se puede.

En el caso de los resentimientos, cuando nos negamos a expresarlos éstos no desaparecen. Si estoy resentido, ese es un hecho que no puede cambiar. Sólo tengo la opción de aceptarlo y expresarlo responsabilizándome de lo que digo y hago. En cualquier caso, culpabilidad, resentimiento o exigencia, lo mejor es aceptarlo y afrontarlo. Sin embargo eso es una decisión personal, cada uno debe elegir responsabilizarse o no, después de todo somos seres libres e independientes y nadie va a decidir por nosotros.

Todas estas son emociones normales y comunes durante este periodo, es por eso que al final del día debemos de contar con herramientas que nos permitan manejarlas para desahogarlas de la mejor manera, una forma es con los ejercicios que realizamos en día de hoy, otra podría ser el hacer ejercicio, pintar, etc. existen mil formas, es importante que cada quien identifique las que le resultan más efectivas.”

e) Al finalizar pedirles que piensen en lo que han aprendido en esta sesión, es importante que reflexionen lo que han aprendido, para qué les sirve y cómo lo pueden utilizar en su vida diaria. Darles tiempo. Después pedirles que lo compartan con el grupo. Para cerrar la sesión pedirles que cada uno describa con una palabra como se siente en ese momento.

SESIÓN 7. PACTO

OBJETIVOS

1. Que los participantes entiendan las características de la etapa de pacto y que reconozcan cuáles presentan o han presentado.
2. Que los participantes reconozcan la ausencia de actividades en sus vidas.
3. Que los participantes piensen en su compromiso con el pasado y comiencen a aceptar su realidad.

MATERIALES

Hojas blancas.

Lápices.

TIEMPO

Aproximadamente 2 horas.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

a) Dar a los participantes una explicación semejante a la siguiente.

"No sólo su cuerpo ha reaccionado. Todo su ser está convulsionado. Se sienten ansiosos, preocupados. En la mañana al despertarse, se encuentran con una vida diferente a la que llevaban y esta nueva vida está, hasta ahora, vacía. No encuentran qué hacer, no tienen actividades, tienen pereza de levantarse, piensan y sienten que ya no vale la pena vivir. Pero de todas maneras, se levantan. En algunos momentos del día, se sienten inquietos, se mueven de un lado al otro con movimientos que no llevan a ninguna parte. En otros momentos del día se encuentran inactivos y no quieren ni levantar un dedo. Se dan cuenta que no hay organización en estos días de su vida. No tienen un horario que seguir. Tienen ideas raras, sensaciones raras que saben que no pueden existir pero las sienten. Se sienten sofocados, sin aire, oprimidos. A veces actúan como si fueran otra persona. Es muy normal y natural que esto les suceda. Pasará si no huyen de ello."

b) Ejercicios. Colocar hojas blancas y lápices en el centro del salón.

b.1) Ejercicio. "Mi Diario de Actividades". Pedir que los participantes elaboren una lista de aquellas actividades que realizan durante un día cualquiera, desde el momento de levantarse hasta el momento de acostarse.

b.2) Ejercicio. "Mi Agenda Personal". Impartir las siguientes instrucciones: "La vida de algunos de ustedes puede estar desorganizada y sin actividades fijas. Si esto continúa así durante mucho tiempo, será un motivo de desesperación y de ir por el camino del peligro. Es conveniente pensar en llenar nuestro tiempo con algunas actividades. La mente humana necesita estructura y orden, especialmente en una crisis."

Pida a los participantes que anoten algunas actividades benéficas para realizar en su tiempo disponible. En seguida, pídeles que elaboren una agenda u horario para dos semanas que incluya estas actividades. Recalque la importancia de incluir en su agenda todas sus actividades y de no dejar en blanco ningún período de tiempo.

c) Dar a los participantes una explicación semejante a la siguiente.

"Qué está sucediendo ahora?, cómo se sienten?, ahora buscan llegar a una especie de acuerdo con Dios, por supuesto el acuerdo es para que posponga lo inevitable, buscan que Dios los recompense en caso de portarse bien o ser buenas personas. Todo esto es un intento por posponer los hechos, incluye un premio a la buena conducta, además fija un plazo de vencimiento, impuesto por uno mismo, y la promesa de que si se nos concede este deseo jamás se volverá a pedir nada más. Sin embargo nosotros sabemos que no es seguro que se nos cumpla, incluso sabemos que resulta demasiado improbable. Debemos dejar ir todas nuestras ataduras con el pasado para poder enfrentar nuestro presente de mejor manera y disfrutarlo lo mejor que se pueda, después de todo no sabemos si nuestro deseo se cumplirá."

d) Ejercicio. "Dejar partir el pasado". Dar las siguientes instrucciones: "Todos nosotros llevamos partes de nuestro pasado con nosotros en forma de memorias. Nuestras memorias, aún siendo imágenes exactas de sucesos y cosas previas, son imágenes y no los sucesos en sí mismos. A menudo estas imágenes y fantasías de lo que llamamos memorias son muy diferentes de las cosas y sucesos que realmente sucedieron. Algunas personas están tan cargadas con el pasado y tan comprometidas con sus memorias, que aquellas tienen muy poco compromiso con el presente. Si usted desea reducir su compromiso con sus recuerdos, puede invertir en ellos de igual modo como con cualquier otra fantasía; usted puede descubrir qué percepción está oculta en estas fantasías, mediante el diálogo y la identificación. Su compromiso con el recuerdo hace algo por usted, y antes de que pueda dejar partir este recuerdo, tendrá que encontrar qué hace por usted, qué necesidad se ve satisfecha, aferrándose a ella.

Puede que de algún modo esté escapando de un presente insatisfactorio hacia el recuerdo de un tiempo más satisfactorio. Sí es así, debe pensar en que el presente no se detiene y que seguirá transcurriendo, y que la realidad no cambiará. Mientras más se mantenga en el pasado menos disfrutará su presente. En el caso de que las memorias sean recuerdos desagradables,

probablemente indican que ahí existe una situación inconclusa en la que se estancó y que no expresó completamente. Dedicándose a esta situación inconclusa, usted puede descubrir estos sentimientos no expresados y permitirles completarse. Debemos pensar en nuestro ahora y disfrutarlo al máximo.”

e) Al finalizar pedirles que piensen en lo que han aprendido en esta sesión, es importante que reflexionen lo que han aprendido, para qué les sirve y cómo lo pueden utilizar en su vida diaria. Darles tiempo. Después pedirles que lo compartan con el grupo. Para cerrar la sesión pedirles que cada uno describa con una palabra como se siente en ese momento.

SESIÓN 8. ASUNTOS INCONCLUSOS (DEPRESIÓN)

OBJETIVOS

1. Qué los participantes se enteren de la existencia de los asuntos inconclusos y cómo los afectan.
2. Que los participantes reconozcan sus asuntos inconclusos ante la crisis que están viviendo y los revivan emocionalmente.

MATERIALES

Sillas.

Hojas de papel.

Lápices.

TIEMPO

Aproximadamente 2 horas.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

a) Dar a los participantes una explicación semejante a la siguiente.

“Una de las principales fuentes de malestar emocional o psicológico aparece cuando no podemos olvidar ni resolver alguna experiencia, esto hace que se transforme en un "asunto inconcluso". Estos asuntos incompletos generalmente se relacionan con experiencias traumáticas o difíciles que no hemos podido integrar y que se derivan de situaciones relacionales en las que no logramos satisfacer una necesidad, conforme se acumulan estos asuntos las emociones incompletas e interrumpidas también lo van haciendo.

Algunas veces la tensión que generan estos asuntos está oculta, es decir, intentamos guardarla porque no queremos aceptar lo que estamos sintiendo. Otras veces, la tensión encuentra su expresión en el cuerpo produciéndonos malestares físicos como las úlceras, los fuertes dolores de cabeza, el dolor de espalda, la artritis, o las crisis de asma. Todas estas resistencias nos impiden establecer un contacto sano con el entorno y con nosotros mismos.

Estos asuntos se mantienen en nuestro pensamiento por mucho tiempo porque no los hemos logrado concluir como queríamos por lo que nos sentimos muy insatisfechos. Debido a esto invertimos gran parte de nuestra energía en nuestros asuntos inconclusos por lo que no podemos dedicar mucho de nosotros a otras situaciones. Y con el tiempo nos damos cuenta de

que hemos coleccionado una larga lista de situaciones incompletas, frases, afectos e impulsos no expresados, y sueños recurrentes.

Todo asunto inconcluso habla de una necesidad no satisfecha, esto hace que nos sintamos obligados a repetir continuamente lo que no logramos concluir en forma satisfactoria. Nuestro equilibrio emocional, nuestra armonía, no pueden lograrse y desarrollarse si no logramos identificar y cerrar los diferentes asuntos inconclusos de nuestra existencia. Lo importante es que reconozcamos esas necesidades no satisfechas para poder resolverlas.”

b) Ejercicio. “Mis asuntos inconclusos”. Pedirles que anoten en una hoja 5 asuntos inconclusos que tengan con algún familiar. Darles tiempo para reflexionar. Pídeles que piensen en las razones por las que no han resuelto esos asuntos y dígalos que las anoten frente a cada asunto. Déles tiempo. Pregunte quien desea resolver alguno de esos asuntos en ese momento. El que decida pasar seguirá las siguientes instrucciones

c) Ejercicio. “La silla vacía”. Ya que decidió cerrar ese asunto puede usar esta técnica. En ésta técnica se le ubica al paciente en una silla y se le pide que imagine a algún familiar con el que desea cerrar algunos asuntos inconclusos. Se le pregunta qué está vivenciando mientras la imagina. Sea cual fuere la emoción o el pensamiento expresado se le pide al paciente que se lo diga directamente a su familiar. Frecuentemente los pacientes vivencian resentimiento por no haber sido “queridos lo suficiente” o bien sienten culpas por no haber sido más bondadosos. Después se le puede pedir al paciente que ocupe la silla en la que sentó a su familiar y qué responda como él lo hubiera hecho.

La persona imaginada por el paciente puede sentir rabia por la falta de bondad del paciente hacia él; o bien puede asumir una actitud defensiva ante el resentimiento expresado por el paciente y dar disculpas por su falta de amor. Después de que la persona imaginada ha dicho lo suyo, se le pide al paciente que cambie de asiento y vuelva a ser él mismo en la primera silla y se le pide que responda al imaginado. Cuando el paciente se ha metido completamente en los dos roles, se le sugiere que se cambie de sillas tantas veces lo desee.

En casi todos los casos se expresa mucha emoción –rabia, dolor, resentimiento, amor, etc.–. Cuando ya el paciente aparenta no tener más asuntos inconclusos, se le pregunta si se siente preparado para despedirse. Sí el paciente está dispuesto y listo para concluir la relación, por lo general se produce una explosión emocional. Lo habitual es que el paciente complete su proceso de luto y llore, sin embargo, a veces se presenta un sentimiento de gran alivio y alegría por haber

eliminado un peso muerto. Lo típico es que surjan sentimientos de mayor calidez y cercanía hacia la persona.

d) Al finalizar pedirles que piensen en lo que han aprendido en esta sesión, es importante que reflexionen lo que han aprendido, para qué les sirve y cómo lo pueden utilizar en su vida diaria. Darles tiempo. Después pedirles que lo compartan con el grupo. Para cerrar la sesión pedirles que cada uno describa con una palabra como se siente en ese momento.

SESIÓN 9. DEPRESIÓN. PÉRDIDAS.

OBJETIVOS

1. Que los participantes se familiaricen con las características de la etapa de depresión.
2. Que los participantes acepten y reconozcan las pérdidas que han vivido.

MATERIALES

Mantas o colchonetas para sentarse en el piso.

Hojas de papel.

Lápices.

TIEMPO

Aproximadamente 2 horas.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

a) Pedir a los participantes que se sienten cómodamente sobre las colchonetas y darles una explicación semejante a la siguiente.

“Cuando ya resulta completamente imposible negar la situación que estamos viviendo, cuando nos vemos obligados a aceptar todo lo que está pasando. Todas nuestras máscaras de fortaleza se caen y de pronto tenemos una gran sensación de pérdida, nos damos cuenta de todo lo que hemos perdido, es tan claro que todo cambió. Sentimos que tantas cosas se han ido que parece que no tenemos nada más. Parece increíble haber perdido tanto en tan poco tiempo”

b) Ejercicio. “Pérdidas”. Dar las siguientes instrucciones: “Ahora quiero que tomen una hoja y un lápiz, corten 5 trozos de papel... Siéntense y escriban en cada uno de los cinco papelitos una de las cinco cosas que más valoran en sus vidas...”

En su lugar cierren sus ojos y sostengan los cinco papelitos con sus cinco tesoros en la mano derecha... Esas cinco grandes cosas deben ser muy valiosas y ustedes deben estar muy felices por tenerlas”. Ahora pase frente a cada uno de los participantes y arránqueles o arrebatéles los papelitos de la mano diciendo “Me alegro de que tengan cosas tan valiosas, pero la verdad es que no serán eternas, la vida también arrebatada de la misma forma en que nos da. Ustedes ya lo han perdido”. Pídales que digan qué sienten cuando usted les arrebatada sus tesoros, qué les dice su cuerpo, dónde lo sienten.

“Quiero que piensen en si esas cosas valiosas aún las poseen, supongo que sí. ¿Y las disfrutan, todos los días las aprecian y se reconfortan al saber que las poseen?, ¿en realidad piensan en ellas?...

Sé que han perdido mucho pero ahora sabemos que aún tienen grandes tesoros que valorar y disfrutar en sus vidas, antes de que sea demasiado tarde.

c) Dé a los participantes una explicación semejante a la siguiente:

“Ahora que ya no pueden negar lo que está pasando, seguramente sienten que ya no pueden decidir nada, creen que ya no son capaces de dirigir sus vidas, quizá otros deseen tomar el mando de sus vidas, seguramente dirán que lo harán por su bien, y no dudo que así sea. Pero la verdad es que ustedes siguen siendo capaces de decidir por ustedes, de saber que es lo que quieren y lo que no, son perfectamente capaces de llevar sus vidas. Y si es así, entonces que sentido tiene que alguien más decida por ustedes?”. Déles tiempo para reflexionar en la respuesta a tal pregunta.

d) Al finalizar pedirles que piensen en lo que han aprendido en esta sesión, es importante que reflexionen lo que han aprendido, para qué les sirve y cómo lo pueden utilizar en su vida diaria. Darles tiempo. Después pedirles que lo compartan con el grupo. Para cerrar la sesión pedirles que cada uno describa con una palabra como se siente en ese momento.

SESIÓN 10. DEPRESIÓN. RESPONSABILIDADES, DEBERES, DESEOS Y NECESIDADES

OBJETIVOS

1. Que los participantes reconozcan y se responsabilicen de sus deberes y elecciones. Que retomen su capacidad de tomar decisiones.
2. Que los participantes detecten y se responsabilicen de lo que no pueden y no desean hacer.
3. Que los participantes reconozcan y se responsabilicen de sus necesidades y deseos.

MATERIALES

Sillas.

TIEMPO

Aproximadamente 2 horas.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

a) Ejercicio. “Tengo que y Elijo que”. Dar las siguientes instrucciones: “Forme pareja con alguien y siéntese frente a esa persona. A lo largo de todo el ejercicio mire la cara de esa persona y hablele directamente. Altréñense diciendo frases que comiencen con las palabras “Tengo que ...”. Haga una larga lista de cosas que tiene que hacer. Tómese cinco minutos, aproximadamente, para hacerlo...

Ahora retroceda a las frases que dijo y reemplace el “Tengo que...” por “Elijo que...” y alterne con su compañero la expresión de estas frases. Diga exactamente lo que dijo antes, salvo en dicha palabra. Me gustaría que se dé cuenta que tiene el poder de tomar una decisión, aún en el caso de que esa elección sea entre alternativas indeseables. Tome tiempo para darse cuenta como experiencia cada frase que comienza con “Elijo...” Luego repita esta frase e inmediatamente agregue cualquier frase que se le ocurra a continuación. Por ejemplo “Elijo conservar mi empleo. Me siento protegido y seguro”. Tómese nuevamente unos cinco minutos para hacer este ejercicio...

Ahora dedique unos cinco minutos para contarle a su compañero lo qué vivenció haciendo esto. ¿Tiene alguna experiencia real de tomar responsabilidades por una elección propia, alguna sensación de despertarse ligeramente de su autohipnosis, algún descubrimiento acerca de mayores poderes y posibilidades?...

b) Ejercicio. “No puedo – No quiero”. Continuar el ejercicio anterior con lo siguiente: “Túrnese ahora para intercambiar frases que comiencen con las palabras “No puedo...” Tómese unos cinco minutos para hacer una larga lista de cosas que usted no puede hacer...

Retroceda a todas esas frases recién dichas y reemplace el “No puedo...” por “No quiero...” Alterne con su compañero la formulación de estas frases. Diga exactamente lo que antes dijo, excepto en las palabras iniciales, y luego tómese el tiempo para recapacitar sobre cómo se sintió diciendo cada frase. ¿Es algo realmente imposible, o es algo posible que usted se niega a hacer? Quiero que se dé cuenta de su capacidad y poder de negación. Luego repita esa frase que comienza con “No quiero...” y agréguele cualquier otra cosa que la complemente. Tómese unos cinco minutos en esta tarea...

Ahora empleen algunos minutos en contarse lo qué vivenciaron haciendo esto. ¿Sintió alguna sensación de fuerza al asumir la responsabilidad de su negativa, diciendo “No quiero...”? ¿Qué otra cosa descubrió?...

c) Ejercicio. “Necesito – Quiero”. Continúe el ejercicio anterior con lo siguiente: “Túrnese con su compañero para decir frases que comiencen con la palabra “Necesito...” Tómese unos cinco minutos para hacer una larga lista de sus necesidades...

Retroceda a las frases que acaba de decir y reemplace el “Necesito...” por “Quiero...” alternando con su compañero en la formulación de las mismas. Diga exactamente lo que anteriormente dijo, salvo en dicha modificación, y luego dése tiempo para tomar conciencia de cómo se siente diciendo cada frase. ¿Se trata de algo que realmente necesita o es algo que usted quiere, pero puede sobrevivir fácilmente sin ello? Quiero que se dé cuenta de la diferencia entre algo que realmente necesita, como aire y alimentos, y otras cosas que quiere y son muy agradables y bonitas, pero no absolutamente necesarias. Luego repita esa frase que comienza con “Quiero...” e inmediatamente agregue las palabras que se le ocurran. Tómese unos cinco minutos en esta operación...

Ahora emplee algunos minutos en contar a su compañero qué experimentó haciendo el ejercicio. ¿Sintió algún tipo de alivio o libertad al comprender que algunas de sus necesidades realmente son conveniencias? ¿De qué otra cosa se dio cuenta?...

Siempre que digo “Tengo que”, “No puedo” o “Necesito” me hipnotizo creyéndome menos capaz de lo que realmente soy. “Tengo que” me convierte en esclavo, “No puedo” me debilita y acobarda y “Necesito” me hace desvalido e incompleto. Siempre que digo “Elijo” afirmo que tengo el poder de elegir, aun cuando continúo eligiendo de la misma manera que antes. Siempre que digo “No quiero” afirmo mi poder de negación y, frecuentemente, tomo conciencia de las grandes reservas de energía escondida y disfrazada, útiles para resistir. Cuando digo “Quiero” puedo comprender que aunque muchas de las cosas que deseo podrían ser muy agradables y

cómodas, son conveniencias y no necesidades. Y que puedo arreglármelas muy bien sin ellas. Inclusive, puedo llegar a darme cuenta de que las satisfacciones de algunas de las cosas que tan arduamente procuro no merecen la mitad del esfuerzo que me exige lograrlas.

d) Al finalizar pedirles que piensen en lo que han aprendido en esta sesión, es importante que reflexionen lo que han aprendido, para qué les sirve y cómo lo pueden utilizar en su vida diaria. Darles tiempo. Después pedirles que lo compartan con el grupo. Para cerrar la sesión pedirles que cada uno describa con una palabra como se siente en ese momento.

SESIÓN 11. ACEPTACIÓN

OBJETIVOS

1. Que los participantes se percaten de las dimensiones de crecimiento humano.
2. Que los participantes reconozcan sus propias destrezas de crecimiento y adquisición de algunas otras.
3. Que los participantes comiencen a desarrollar una autoimagen central como recurso para continuar con la recuperación.
4. Que los participantes se den cuenta de las características de la etapa de aceptación.
5. Que los participantes realicen una valoración de los logros alcanzados en el taller.
6. Cierre del taller.
7. Que los participantes respondan el Cuestionario Multifásico para Reacción de Duelo de A. Godines y E. Solorio.

MATERIALES

Cuestionario Multifásico para Reacción de Duelo de A. Godines y E. Solorio (inventarios) (Anexo B).

Lápices.

TIEMPO

Aproximadamente 2 horas.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

a) Dimensiones de Crecimiento: Dar a los participantes una explicación semejante a la siguiente.

"Para que una mesa sea fuerte, debe tener todas sus patas y del mismo tamaño. Si sólo tiene dos o tres, la mesa se cae. Si una es más larga o más corta de las otras, la mesa cojea y poco sirve. Pues, bien. Los seres humanos somos como esa mesa. Somos una unidad con dimensiones.

Tenemos un cuerpo; esto es nuestra dimensión física. Tenemos una mente con inteligencia y sentimientos; ésta es nuestra dimensión mental. Tenemos relaciones con otras personas; ésta es nuestra dimensión social. Tenemos relaciones con Dios y con la naturaleza; esta es nuestra dimensión espiritual. Si una de nuestras dimensiones esta descuidada o subdesarrollada,

seremos como la mesa con una pata coja. Tarde o temprano caemos. De ahí que sea importante desarrollar todas nuestras dimensiones."

Pida a los participantes ejemplos de cómo desarrollar cada dimensión. Parafrasee lo que dice cada participante con la finalidad de aclarar sus sugerencias. Es importante no criticar ninguna de sus opciones.

b) Ejercicio. "Mi Contrato". Explicar lo siguiente: "Si tú, con toda la experiencia que ya tienes, pudieras volver a nacer, y Dios te dijera: `Haz de ti la persona que quieres ser!`, como te harías?". Darles tiempo para reflexionar.

"Pues, bien. La crisis que estas viviendo te colocó en un punto cero de la vida pero sin quitarte la experiencia que has tenido. Puedes comenzar de nuevo. Puedes empezar a vivir. Tienes los recursos de todas las capacidades de tus dimensiones. Cada dimensión es un recurso, una herramienta que puedes desarrollar. Lo importante es querer hacerlo.

Ahora, vas a pensar en cómo puedes desarrollar más cada una de tus dimensiones. Vas a escoger una cosa sencilla para cada dimensión. No abarques demasiado o no lograrás nada." Pedir a los participantes que compartan sus contratos con el grupo. Esos deben ser funcionales y realistas.

c) Ejercicio. "Auto-Imagen Central". Pedir a cada participante que elabore una lista de al menos diez de sus cualidades. Si no las encuentra, pida ayuda de otros a través de elogios. Luego, pedir que cuente un ejemplo de haber mostrado esa cualidad.

Después, entre todo el grupo podrán sugerir cómo cada una de esas cualidades va a ser importante en el futuro. A continuación, cada participante va a pensar en un pequeño problema que tiene que resolver en el futuro cercano. Los demás del grupo van a decirle cómo aquellas cualidades mencionadas le van a servir para resolver el problema. Ahora comunique lo siguiente: "Cada uno de ustedes ha encontrado cualidades que a lo mejor había olvidado que tenía. Esas cualidades, otras que no recuerdan que tienen pero que las tienen, y otras que pueden aprender, son herramientas para manejar la vida. Son recursos que tienen dentro de ustedes para recuperarse de esta crisis y para continuar por el camino de la oportunidad. Cada vez que se encuentren desanimados, en un problema o situación difícil, piensen en ustedes y en todas estas cualidades. Luego hagan lo que ya saben hacer con ellas. Aprovechen las herramientas que tienen dentro de ustedes."

d) Dar a los participantes una explicación semejante a la siguiente:

“Ahora que saben que cuentan con muchos recursos para seguir adelante parece que el dolor desaparece, cada día nos sentimos más tranquilos y en paz con los otros y con ustedes mismos. Llegar a esta etapa requiere un gran esfuerzo y una serie de decisiones tomadas por uno mismo para lograrlo. Todo este camino no es nada fácil, por eso podemos tener recaídas, pero eso no afectará si nuestra decisión es conseguir la tranquilidad y la aceptación.

Es importante que recuerden que ustedes tienen la libertad de elegir lo que desean vivir, cada uno de ustedes tiene la responsabilidad de llevar su vida hacia donde lo deseen, cada uno de ustedes puede tomar las riendas de su vida y dirigirla hacia donde prefiera”

e) Ejercicio. “Evaluación de los logros”. Pedir a los participantes que cada uno en forma individual piense en dos cosas:

¿Cómo era antes del taller, qué hacía, qué pensaba, cómo se sentía?

¿Cómo es ahora después del taller, cómo se siente, qué piensa, qué hace?

Déles tiempo para pensar, ahora pídales que en parejas comenten sus respuestas y que intenten comentarlo con el mayor número de personas que les sea posible.

f) Al finalizar pedirles que piensen en lo que han aprendido en esta sesión, es importante que reflexionen lo que han aprendido, para qué les sirve y cómo lo pueden utilizar en su vida diaria. Darles tiempo. Después pedirles que lo compartan con el grupo. Para cerrar la sesión pedirles que cada uno describa con una palabra como se siente en ese momento

g) Ejercicio. "Mi Regalo de Despedida": Comunicar lo siguiente a los participantes: "Yo he aprendido muchas cosas de ustedes para mí y para ayudarme con otros grupos. Espero que cada uno de ustedes también haya aprendido algo útil para poder seguir el camino de la oportunidad.

Una tribu indígena de los Llanos Orientales tiene una costumbre extraña: no dan regalos al llegar a la casa de quienes los invitan, sino al despedirse. Ahora, vamos a darnos el regalo de despedida. El regalo más lindo que yo puedo recibir es saber que otro se ha enriquecido con mi presencia. Entonces, vamos a dar a cada uno la oportunidad de compartir cómo se ha enriquecido por la presencia de los otros y por su participación en este Taller."

El facilitador debe modelar este ejercicio comenzando consigo mismo.

h) Entregar los inventarios y sus hojas de respuesta, pedir que contesten el cuestionario. En caso de ser necesario leer las instrucciones en voz alta y explicar a todo el grupo. Si durante el

transcurso de la solución del cuestionario surgen dudas resolverlas de forma individual o grupal, según sea el caso.

Al terminar agradézcales de forma individual o grupal por su participación y cooperación al contestar la prueba y durante todo el taller.

DISCUSIÓN

Tanto los enfermos con un padecimiento de corte terminal como sus familiares, sufren de un malestar psicológico preocupante que requiere de atención psicológica oportuna. Tal malestar se considera "normal" ante las múltiples pérdidas que se viven durante el padecimiento, esta respuesta es comprensible y esperada y se ve influida por múltiples factores que hacen de cada duelo una respuesta altamente individual. Sin embargo, aunque no hay una "respuesta estándar de duelo", se puede decir que hay un proceso básico, y aunque cada respuesta individual tiene sus matices personales, los procesos psicosociales y los sentimientos experimentados, así como la sucesión en que se presentan, son muy parecidos (Royal College of Psychiatrists, 1999).

Aunque las características del duelo se definan desde diversas perspectivas teóricas, aunque se encuentren matizadas por los diferentes enfoques, las propuestas coinciden en señalar que hay un "trabajo" que hacer, hay sentimientos, representaciones, relaciones, ajustes, que se tienen que hacer tanto a nivel interno (representacional, psicológico, afectivo), como a nivel externo (en el mundo de relaciones familiares y sociales). Y dicho trabajo resulta necesario porque activa algunos modos de relación específicos, necesarios para el manejo de los sentimientos intensos suscitados, para el reacomodo con la realidad externa, y para el proceso interno de reconfiguración del vínculo roto.

Delacroix señala que "toda destrucción de una gestalt supone encontrarse con el vacío, la muerte y el duelo"¹. Y qué destrucción más importante que la destrucción misma de un objeto externo o interno significativo, que deja un hueco real, sentido como vacío. Para Delacroix el duelo es una cuestión de postcontacto; es un espacio de recogimiento y soledad donde se procesará la experiencia de la pérdida.

En un proceso que se vive de esta forma, las fases se suceden una a otra de manera fluida. Sin embargo, por razones defensivas, se pueden detener, entorpecer, acortar, alargar, o ser brincadas. El proceso de duelo no es un proceso lineal y se puede retroceder en sus etapas o presentarse en orden diferente. Lo más importante es permitir que la persona manifieste abiertamente todas sus emociones y pensamientos, con el fin de ir aceptando paulatinamente la realidad de la pérdida. Las expresiones interrumpidas en su curso natural, pueden tomar las características de un asunto inconcluso, por lo tanto una de las ayudas más importantes que puede ofrecer el terapeuta es auxiliar a los involucrados a confrontar los asuntos inconclusos, alrededor de los cuales están atascados o bloqueados, esto con la finalidad de que puedan

¹ DELACROIX, J.M., A propósito del vacío, en Figura-Fondo. Revista del Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt, 2 (1), p.121.

transitar por las diferentes etapas del duelo, contactando plenamente los sentimientos de cada fase, lo cual los llevará a una aceptación gradual de la pérdida y a una reconfiguración del campo, tanto en sus aspectos externos como internos, con lo que se podrá cerrar el ciclo de experiencia correspondiente al duelo.

Los “asuntos inconclusos” son el principal punto de intervención de la Psicoterapia Gestalt, pues ésta favorece el trabajo con los mismos para permitir que el individuo utilice la energía que está depositando en ellos, en sí mismo y en otras personas y actividades que le permitan sentirse mejor. Sí estos asuntos inconclusos no se elaboran, la persona estará permanentemente tratando de satisfacerlos en la fantasía, sin avanzar en el proceso de aceptación de la(s) pérdida(s).

Stephen Tobin (1975) en su artículo “El proceso de despedirse”, afirma que en general la mayoría de las personas fracasan, de algún modo, en el proceso de despedirse o concluir alguna relación. A esta reacción la llamó “agarrarse” y explica que se presenta ante la pérdida de personas emocionalmente significativas. Dice que tal reacción es adaptativa y que “tiene por objeto inhibir las emociones suscitadas por la pérdida y mantener presente a la persona en la fantasía”². Tobin afirma que una de las causas de la reacción de agarrarse la constituye la presencia de gran cantidad de asuntos inconclusos entre las dos personas.

Ante este panorama, la psicoterapia Gestalt aparece como una herramienta útil en la intervención del proceso de duelo ya que plantea diversas técnicas y ejercicios que permiten que la persona, en este proceso, trabaje los diversos conflictos de cada fase y que se favorezca la resolución de tal proceso de forma satisfactoria.

Después de realizar una amplia revisión de los aspectos teóricos de la psicoterapia Gestalt, el duelo y el enfermo terminal realicé una integración de todos los temas para finalmente hacer el planteamiento de un taller de intervención en el proceso de duelo desde el punto de vista de la psicoterapia Gestalt para personas que padecen alguna enfermedad terminal.

Como podemos darnos cuenta con la investigación teórica realizada la psicoterapia Gestalt brinda técnicas y principios que podrían ser aplicados en la intervención del proceso de duelo en enfermos terminales y favorecerían el trabajo que debe realizarse durante dicho proceso, permitiendo que el individuo recupere las partes perdidas de su personalidad y logre así, apoyarse en sí mismo, con lo que tendrá la libertad y la responsabilidad de sus decisiones y se mantendrá en el presente, con tales circunstancias, podrá dirigir su vida, ya sea larga o corta,

² TOBIN, S. El proceso de despedirse, en Stevens, J. Esto es Gestalt, p.121.

lo importante es que se favorecerá la solución de un conflicto que afectaría por completo el resto de su vida.

Es importante mencionar que por medio de la psicoterapia Gestalt en el proceso de intervención del duelo con enfermos terminales no se podrá disminuir la tristeza ante las pérdidas, lo único que permite disminuirla es vivirla, expresarla y elaborar el proceso de duelo. Esto se favorece conforme la persona puede utilizar un mayor número de recursos y cuando puede expresar lo que piensa y siente. Es decir, todas éstas técnicas no resuelven el duelo ni eliminan los sentimientos dolorosos, lo que permiten es facilitar el proceso de duelo en sí impidiendo que se presenten bloqueos que podrían resultar más dolorosos y duraderos.

Con respecto al taller, puedo comentar que se planteó siguiendo una secuencia en las fases del duelo, tomando en cuenta que las fases no son sucesivas y que pueden presentarse retrocesos, sin embargo al tratarse de un taller resultaba necesario seguir cierta secuencia dentro del proceso. Se utilizaron las etapas de Kübler-Ross pues son las más gráficas y abarca el abanico completo de expresiones del duelo (revisadas en el capítulo 2). Dicho taller también se encuentra fundamentado en las técnicas y fundamentos de la psicoterapia Gestalt y sugiere la aplicación de un instrumento (Cuestionario Multifásico para Reacción de Duelo de A. Godines y E. Solorio) para medir, en futuras investigaciones, el alcance real del taller.

El objetivo de dicho taller es que los participantes se den cuenta y se responsabilicen de la situación crítica por la que están atravesando, que reconozcan la sensación de vacío y desesperanza que están viviendo, y a partir de esto puedan decidir libre y responsablemente sobre su vida. No se trata de eliminar el dolor y el sufrimiento, porque eso es imposible, se trata de ayudar a que los participantes elaboren un duelo sano. Esta propuesta se encuentra dirigida a cualquier persona que se encuentre viviendo una situación de enfermedad terminal y que considere necesario recibir intervención psicológica por tal situación.

Quizá estos objetivos suenen demasiado pretensiosos para un taller sin embargo los ejercicios del mismo cubren los principios existencialistas. Se favorece el contacto y el reconocimiento de la situación que están viviendo, la aceptación de tal experiencia personal permite que se responsabilicen de la misma. Después de aceptar y reconocer toda la experiencia vivida podrán decidir sobre la forma en que continuarán con su vida. Todo éste proceso ayudará a concluir los asuntos inconclusos que les están generando conflictos y se favorecerá el cierre del proceso.

Sin embargo existen ciertos límites que son importantes de considerar. En cuanto a la resolución saludable y eficaz de dicho proceso es necesario considerar que ésta dependerá de cada individuo pues, como ya se explicó, el tiempo y la forma de resolución de tal proceso dependerá de cada persona y de sus propias decisiones.

También se debe considerar que antes de ingresar al taller resulta necesario que los participantes estén de acuerdo en hablar sobre la situación por la que están pasando ya que de no existir esta condición no se podría comenzar a trabajar pues ni siquiera aceptarían escuchar sobre el tema.

Otro punto a considerar, es que para favorecer la solución del duelo es necesario entender que todos los pasos de este ciclo tienen su función (protección, restauración o crecimiento), por lo que no es recomendable ni su omisión ni su apresuramiento. Es necesario vivir inclusive las fases dolorosas o angustiantes; el pleno contacto con cada una de ellas lleva a su experimentación y resolución. Sin embargo, dentro del taller planteado no se puede permitir que cada quién lleve su ritmo en cada fase pues es un taller no una terapia en la que se podría mantener el ritmo individual del paciente. Por lo que el taller solamente serviría, en algunos casos, para iniciar el trabajo de duelo, y no para concluirlo de forma saludable.

Una situación que requiere consideración es el costo que el cursar el taller implicaría para los participantes, comento este punto pues dentro de una situación de enfermedad terminal, tanto el enfermo como sus familiares, generalmente, se encuentran en condiciones económicas difíciles por los gastos médicos que implica la enfermedad por lo que un gasto más quizá no sea fácil de solventarse. También es necesario considerar la disposición del tiempo de los participantes del taller, ya que posiblemente carezcan de tiempo para asistir al taller pues podrían encontrarse muy ocupados en las atenciones médicas de la enfermedad. Para solucionar éste punto es necesario que los participantes sean personas que, además de tener el tiempo necesario, deseen recibir apoyo psicológico y que se comprometan a acudir al taller.

Sobre la aplicación del Cuestionario Multifásico para Reacción de Duelo de A. Godines y E. Solorio, la sugiero porque es la única prueba, hasta este momento, que permite evaluar en qué fase del proceso de duelo se encuentra el enfermo terminal, y ésta medición permitiría observar de manera gráfica el impacto real del taller en cada uno de sus participantes. Con dicha medición esperararía que se observara un avance de por lo menos una etapa de duelo, en comparación con la medición inicial, o que disminuyera el porcentaje de sintomatología de su etapa inicial y aumentara el de las etapas subsecuentes; esto sería lo deseable, sin embargo no puedo prever que así será para todos los participantes, también podría presentarse el caso en

que la medición inicial fuera exactamente igual que la final, o que se presentara un retroceso en las etapas.

Toda ésta investigación muestra que la Psicoterapia Gestalt sí puede utilizarse como una herramienta de intervención en el proceso de duelo de enfermos terminales y sus familiares ya que enseña una sólida forma de vivir, que intenta incrementar el potencial humano mediante la introspección del individuo, la cual permite el “darse cuenta”, por lo que el hombre se conoce a sí mismo, reconoce sus limitaciones y deja de satisfacer expectativas de los demás para centrarse en su propia vida, proponiéndose metas realistas y responsabilizándose de su propia existencia.

CONCLUSIONES

La muerte es parte del día a día de cualquier ser vivo, para comprobarlo no hay más que hojear cualquier periódico y observar las esquelas que ahí se publican, o mirar un florero con girasoles que ya se han secado, o presenciar como un pez se arquea y muere cuando lo sacan del agua. La muerte es parte de la vida, es la etapa final del ciclo que cada ser vivo experimenta en su existencia y todos, absolutamente todos, tarde o temprano experimentaremos.

A diferencia de los demás seres vivos, el hombre posee la capacidad de “darse cuenta” de lo que vive, piensa y siente. El ser humano es el único ser vivo dotado con la capacidad de desarrollar y experimentar la conciencia. El hombre posee conciencia de sí mismo, de su yo, y así se determina de manera voluntaria, libre y responsable, lo cual lo dignifica en su esencia misma como hombre, siendo ésta la razón por la cual posee una legítima dignidad y valor en su propia naturaleza. El enfermo terminal, al ser hombre, es tan valioso y merece tanta dignidad como cualquier otra persona, ya que la dignidad humana es intrínseca a la naturaleza de cada uno, independientemente de la situación social individual.

Las pérdidas, al igual que el sufrimiento, son una presencia constante a lo largo de la vida, pero tales situaciones le permiten al individuo madurar y aprender sobre la vida y, en el mejor de los casos, le enseñan a valorar los momentos de felicidad y de gozo.

Actualmente, las palabras dolor, duelo, pérdida y muerte son difíciles de aceptar, pues vivimos en una sociedad orientada hacia la estética y el hedonismo que no permite ni perdona el deterioro físico, el dolor y mucho menos la realidad inevitable del fin de la vida. Es por eso que, ante la mirada de las sociedades occidentales, el proceso de muerte y la muerte misma nos habla de algo negativo, oscuro, malo, repudiado y lleno de miedos; tal situación ha favorecido el encubrimiento y la negación de la misma.

Cuando el paciente y su familia se enteran de que es innegable e inevitable que la muerte se acerque, sobreviene una crisis, en la cual ni el paciente ni sus familiares saben como proceder, que sentimientos mostrar y normalmente es común que, al principio, caigan en fases depresivas que impiden la valoración de la propia vida, de los momentos felices que aún se pueden vivir y sobre todo la esperanza de una vida plena después de la vida mundana. Todo este proceso, que se comienza a vivir, es el duelo, éste es un proceso psicológico que como tal se lleva a cabo, sin embargo, resulta muy importante la forma en cómo se resuelva, pues esto tendrá repercusiones importantes en el futuro de la o las personas que cursan por él, como menciona Viorst (1986), éste puede llevar a identificaciones constructivas, pero generalmente

tiene un desenlace negativo, ya que el individuo puede enfrentar este proceso y superarlo o bien quedarse atascado en él.

Una enfermedad de corte terminal trae consigo múltiples conflictos familiares, afecta tanto al enfermo como a cada uno de sus familiares, alterando por completo todas las esferas de sus vidas. La psicodinamia de la familia cambia, se presentan severos problemas emocionales y se viven etapas de confusión, enojo, tristeza e impotencia antes de que puedan aceptar la muerte con tranquilidad. El próximo deceso implica para todos una gran sensación de vacío y miedo. No sólo muere un ser querido, muere un hijo, un padre, un esposo, un hermano, uno mismo y junto con esa persona también muere una o varias relaciones. Aunado a todo este conjunto de vivencias también aparece, para los familiares, la proyección de la propia muerte, de esa muerte en la que no habían pensado, pero que ahora saben que tarde o temprano llegará.

Ante esta realidad es fundamental la intervención de especialistas, es necesario realizar un trabajo interdisciplinario que promueva el desarrollo y la atención integral del enfermo terminal y su familia, esto se puede lograr mediante aportaciones conjuntas de las diferentes especialidades de las ciencias de la salud, integrando los conocimientos y las estrategias para fomentar que el enfermo tenga una buena muerte y que sus familiares acepten la separación y rescaten un aprendizaje positivo lleno de esperanza ante la pérdida del ser querido.

Con el trabajo interdisciplinario se pretende lograr que cada profesional o especialista proponga estrategias de intervención desde su propio campo, con la finalidad de promover la calidad de vida y el digno desarrollo del paciente, como la afectiva, la cognitiva y la espiritual, además de los cuidados médicos necesarios.

También es importante que el paciente terminal haga una evaluación de su propia vida, con el objetivo de concienciar los recursos personales y familiares con los que cuenta para disfrutar su vida, aunque esté viviendo un proceso terminal. El vivir el proceso de una enfermedad terminal no implica que no se puedan presentar momentos de alegría, gozo y paz; sin embargo, para lograrlo es importante darle un nuevo sentido al sufrimiento, entender la crisis personal y familiar como una oportunidad de crecimiento y no limitarse a percibir sólo las pérdidas ocasionadas por la enfermedad, sino también los aprendizajes y momentos de unión y apoyo que se viven en el hogar de un enfermo terminal.

El utilizar la terapia Gestalt como herramienta en el trabajo interdisciplinario de una enfermedad terminal resulta muy productivo ya que se centra en el "aquí y ahora", logrando restaurar las partes perdidas de la personalidad y por medio de ella pueden recuperarse nuestra

experiencia y nuestro funcionamiento rechazados, se dedica a recuperar sensaciones y conductas que se han desechado y que ahora se consideran ajenas a uno, hasta que cada uno comienza, por cuenta propia, a afirmarse y a obrar como lo haría la persona que realmente es (Baumgardner, 1975).

El punto fundamental del que parte la psicoterapia Gestalt para conseguir su propósito, es que sólo un fenómeno puede ocupar el primer plano de la conciencia cada vez. Así, sólo se tiene que descubrir el proceso que ocurre en el momento, lo que la persona ha colocado en primer plano y trabajar con ello. No se pueden trabajar varias gestalts abiertas al mismo tiempo, el paciente escoge una, la que considera más importante y hasta que hay un cierre se puede trabajar otra, la que en ese momento se considere más importante. Bajo ésta óptica el paciente irá resolviendo sus conflictos poco a poco y conforme vayan apareciendo.

Además, la terapia Gestalt busca romper los “patrones repetitivos de conducta” que no permiten al individuo intentar nuevas maneras de entender y de solucionar los problemas. El terapeuta gestalt, al acompañar al paciente a encontrar sus recursos puede facilitar que el enfermo descubra que alrededor de la enfermedad hay mucho que rescatar y mucho que recibir. Se pueden aprender nuevas formas de expresar el afecto, el apoyo y los sentimientos de ira y resentimiento sin necesidad de herirse a sí mismo o a otro.

Es necesario que el enfermo cuente con las herramientas necesarias para aceptar y afrontar la muerte, lo cual le permitirá procesar el duelo de forma sana. El logro de tal objetivo implica la expresión de las emociones, de los miedos y de las fantasías catastróficas, esto permite descubrir lo positivo y enriquecedor de la experiencia. Para lograr lo anterior es indispensable que los síntomas de angustia y dolor, resultantes de la situación, sean aliviados. Una intervención en el proceso de duelo desde el punto de vista de la psicoterapia Gestalt brinda las herramientas necesarias para conseguirlo. En este punto es necesario aclarar que el contar con una intervención psicológica durante el proceso de duelo no significa que el dolor y el sufrimiento, que todos los implicados puedan experimentar, va a desaparecer como por arte de magia. La realidad es que la muerte siempre implicará una despedida difícil y dolorosa. El trabajo del terapeuta solamente permite que se preparen emocionalmente para ese momento final y puedan elaborar su duelo de forma sana.

Sin embargo, en el ámbito de la salud mental el duelo, desde el punto de vista biológico, no ha tomado la suficiente importancia para tratarse en las zonas hospitalarias, principalmente en países con una infraestructura económica como la nuestra, por lo que en la práctica de hospitalización las necesidades físicas del enfermo son descuidadas así como las necesidades

sociales, emocionales y psicológicas del mismo proceso; siendo ignoradas en mucho mayor medida éstas últimas.

Slakieu (1988), en el libro de intervención en crisis, dice que en nuestros días la salud mental no ocupa un lugar primordial como necesidad básica sino que se relega a un segundo o inclusive un tercer plano, como si ésta fuese un artículo de lujo y la realidad es que si emocionalmente no se está sano, difícilmente se pueden superar otros aspectos de la vida del ser humano.

Por todo esto, es relevante considerar para futuras investigaciones y proyectos similares al realizado aquí, la importancia que se le debe otorgar al reconocimiento del apoyo psicológico en el área de salud mental, tanto en las instituciones hospitalarias como en las clínicas de consulta externa y demás centros de salud.

Una vez hecho este reconocimiento sobre la necesidad de una intervención psicológica a este nivel, es necesario considerar igualmente que el tener acceso a recursos hospitalarios y a un estrecho contacto con otras unidades hospitalarias, para un mejor servicio del paciente con enfermedad terminal, es primordial e igualmente se requiere de práctica hospitalaria de forma multidisciplinaria (enfermeras, terapeutas ocupacionales, consejeros espirituales, psicólogos clínicos y psiquiatras), donde tanto el enfermo como su familia deben formar parte de este equipo puesto que las necesidades de ambos son centrales en las decisiones a tomar dentro del mismo.

Es indispensable mencionar la importancia que tiene que esta atención multidisciplinaria no termine sólo con el fallecimiento del paciente, sino que existan disposiciones en cuanto al apoyo durante el duelo, en donde el apoyo profesional y voluntario resulta sumamente relevante.

Reconocer que las disposiciones en cuanto a la difusión y aplicación sobre el tema de esta investigación, el trabajo de duelo de los enfermos terminales y la psicoterapia Gestalt, se puede lograr mediante las sugerencias anteriores, es simplista y quizá poco viable dentro de un futuro inmediato, por lo que debemos empezar o continuar con trabajos de este tipo que coloquen la vista hacia estos temas para después abrir espacios para una difusión que redituará en beneficio de la sociedad que lo requiera.

REFERENCIAS

Aguilera, C. (1989). Diferencia en la adaptación psicológica en homosexuales con reacción positiva o negativa a la prueba de anticuerpos contra el VIH. Tesis para obtener el grado de Lic. en Psicología. Universidad Iberoamericana. México.

Albery, N.; Elliot, G. y Elliot, J. (1993). The natural death handbook. CA: Natural Death Centre. Versión electrónica. Libro disponible en: <http://www.globalideasbank.org/natdeath/ndh0.html>

Allouch, J. (1999). Erótica del duelo en el tiempo de la muerte seca. Argentina: Amorrortu.

Allué, M. (1993). Antropología de la muerte. Revista ROL de Enfermería. 179-180.

Astudillo, W. (1993). Tratamiento del dolor por neuromodulación. En Flores, J. y Martínez, L., Neurofarmacología fundamental y Clínica. España: EUNSA.

Astudillo, W.; Mendinueta, C. y Astudillo, E. (1995). Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. España: EUNSA.

Anderson. (1991). AIDS and terminal diseases. Abstracts of the Psychological and behavioral Literatura. American Psychological Association. EUA.

Bauab, A. (2001). Los tiempos del duelo. Argentina: Homo Sapiens Ediciones.

Baumgardner, P. (1994). Terapia gestalt: Una interpretación. México: Árbol.

Baumgardner, P. y Perls, F. (1994). Libro primero: Una interpretación en terapia gestalt. (1ª Reimpresión). México: Árbol.

Becerra, P. (1996). La muerte como posibilidad. Manual de información básica sobre VIH/SIDA. México: Ser Humano A. C.

Biurrun, A. y Jusué, G. (1996). Presentación de un protocolo de tratamiento psicológico (grupal cognitivo-conductual) en pacientes con dolor crónico en Navarra. Anales de Salud pública y administración Sanitaria. Barcelona, España.

Boring, E. G. (1979). Historia de la psicología experimental. México: Trillas.

- Bowlby, J. (1983). La pérdida afectiva: Tristeza y depresión. Argentina: Paidós.
- Bowlby, J. (1986). Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida. Madrid, España: Paidós.
- Brito, L. (1994). El proceso del duelo. Revista Prometeo, 7, UIA, Universidad Iberoamericana, p.34-39.
- Caparrós, A. (1990). Historia de la psicología. Barcelona, España: CEAC.
- Caruso, Y. (1970). La separación de los amantes. México: Siglo XXI.
- Castanedo, C. (1988). Psicoterapia guesáltica aplicada a los sueños. Revista Internacional de Gestalt, 1 (2), p.19-44.
- Castanedo, C. (1997). Terapia gestalt: Enfoque centrado en el aquí y ahora. Barcelona, España: Herder.
- Corominas, J., y Pascual, J.A. (1991). Diccionario Crítico Etimológico. España: Gredos.
- Cortazzo, W. (2005). Los tiempos del duelo en el contexto de la muerte pornográfica. Revista Acheronta.
- Cruzado, A. y Labrador, F. (2000). Intervención psicológica en pacientes con cáncer. Revista cáncer. 14 (2), p. 63-82.
- Delacroix, J.M. (1998). A propósito del vacío. Figura-Fondo. Revista del Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt, 2 (1), 119-130.
- De la Fuente, R. (1998). Psicología médica. México: Fondo de Cultura Económica.
- Deuchar, N. (1984). AIDS in New York City with particular reference to the psycho-social aspects. British Journal of Psychiatry. Tomo 142.
- DSM-IV (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, España: Masson.

Enright, J. (1993). Introducción a las técnicas gestálticas. En J. Fagan e I. Shepard (compils). Teoría y técnica de la psicoterapia gestalt. (p. 112-129). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Fagan, J. y Shepherd, I.L. (2003). Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Fernández, A. (1990). Reacciones emocionales en 2 grupos de adolescentes con tipos de cáncer diferentes: osteosarcoma y enfermedad de Hodgkin. Tesis para obtener el grado de Lic. en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM. México.

Flatt, B. (1988). Some Effects of grief therapy groups. Journal of Psychology & Christianity, 7 (3), p.43-49.

Flores y Vega (1992). Apoyo psicológico a familias de enfermos crónicos: Reporte de investigación. Tesis para obtener el grado de Lic. en Psicología. ENEP Iztacala. UNAM. México.

Fodor, J. (1992). Holism: A shopper's guide. Blackwell. Oxford UK and Cambridge. U.S.A.

Forgus, R.H. (1982). Percepción: proceso básico en el desarrollo cognoscitivo. México: Trillas.

Frankl, V. (1962). El hombre en busca de sentido. Barcelona, España: Herder.

Freud, S. (2001). Duelo y Melancolía. Obras Completas. (Vol. 14, pp. 237-255). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (2001). Inhibición, síntoma y angustia. Obras Completas. (Vol. 20, pp. 73-161). Buenos Aires: Amorrortu.

García, B.S. (1962). Existencialismo. Veracruz, México. Biblioteca de la Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Veracruzana.

Gaos, J. (1960). Introducción a la fenomenología. Jalapa, México. Cuadernos de la Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Veracruzana.

Geenberg, L.S., y Pavio, S.C. (1997). Working emotions in psychotherapy. New York: The Guilford Press.

Ginger, S. y Ginger, A. (1993). La gestalt. Una terapia de contacto. México: Manual Moderno.

Goleen, W.; Gersh, W. y Robbins, D. (1992). Psychological treatment of cancer patients: A cognitive-behavioral approach. Massachussets, EUA: Allyn & Bacon.

Grinberg, L. (1983). Culpa y depresión. Madrid: Alianza.

Grynber, R.M. (1995). El duelo no elaborado, su transmisión transgeneracional y sus consecuencias psicológicas en la 2ª generación de sobrevivientes del holocausto. Tesis para obtener el título de Mtro. en Psicología, Universidad Iberoamericana. México.

Guthiel, E. A. (1952). Music in therapy. New York, EUA: McMillan.

Gutiérrez, M. (1997). El trabajador social tanatólogo. Tesina para Diplomado. Facultad de medicina. UNAM. México.

Hernández, R. (1999). Descubriendo mi campo familiar a raíz de una pérdida. Figura-Fondo. Revista del Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt, 3 (2), 107-123.

Humphry, D. y Wickett (1989). El derecho a morir: Comprender la eutanasia. Barcelona, España: TusQuets.

James, S. (1984). Esto es Gestalt: colección de artículos sobre terapia y estilos de vida questálticos. Santiago, Chile: Cuatro vientos.

Kalish, R.A. (1985). Death, grief and caring relationships. (2a ed.) California, EUA: Brooks/Cole Publishing Company.

Kastenbaum, R. (1976). Psychology of death. EUA: Springer Publishing.

Kavanaugh, R.E. (1983). Facing death. New York, EUA: Pennsylvania, Penguin Books.

Kepner, J. (1992). Proceso corporal, un enfoque gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia. México: El manual Moderno.

Klein, M. (1940). Mourning and its relationships to manic-depressive states. International Journal of Psicoanálisis, 21.125-153.

Klein, M. (1986). El Duelo y su relación con los Estados Maníaco-Depresivos. Obras Completas, Contribuciones al psicoanálisis. Argentina: Paidós-Hormé. Vol. 2.

Kleppsch, S. (1985). La biopatía del cáncer según Reich y la orgonomía médica. Tesina para obtener el grado de Lic. en Psicología. Universidad Iberoamericana. México.

Kübler-Ross, E. (1969). On death and dying. New York, EUA: McMillan Publishing Company.

Kübler-Ross, E. (1975). The final stage of growth. New Jersey, EUA: Prentice-Hall.

Kübler-Ross, E. (1985). On children and death. New York, EUA: Collier Books.

Kübler-Ross, E. (1995). La muerte un amanecer. México: Luciérnaga.

Kübler-Ross, E. (2005). Sobre la muerte y los moribundos. México: Debolsillo.

Lacan, J. (1990). El deseo y su interpretación. Seminario VI. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1990). La angustia. Seminario X. Buenos Aires: Paidós.

Latner, J. (1973). The Gestalt Therapy Book. New York: The Julian Press.

Latner, J. (1994). Fundamentos de la Gestalt. Santiago, Chile: Cuatro Vientos.

Leep, I. (1967). Psicoanálisis de la muerte. Argentina: Lohlé.

Lichszjant, J.L. (1979). Correlatos clínicos y socio culturales de la actitud hacia la muerte en un grupo de adolescentes mexicanos. Tesis para obtener el título de Dr. en Psicología, Fac. psicología, UNAM. México.

Limonero, G. (1996). El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones. Revista de psicología General y Aplicada, 2. 49.

Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. American Journal of Psychiatry, 101. 141-148.

Longaker, C. (1998). Afrontar la muerte y encontrar esperanza. México: Grijalbo.

Lowen, A. (1967). The betrayal of the body. London: Collier Macmillan.

Markham, U. (1997). Cómo afrontar la muerte de un ser querido. Barcelona, España: Martínez Roca.

Martínez, C.M. (1989). El desarrollo de la corriente existencialista humanista en México. Tesina para obtener el título de Lic. en Psicología, ENEP, Iztacala, UNAM. México.

Matson, F. (1984). Conductismo y humanismo. México: Trillas.

Melges, F.T. y DeMaso, D.R. (1980). Grief resolution therapy: Reliving, revising and revisiting. American Journal of Psychotherapy, 34 (1). 51-61.

Merino, J. (1999). Apuntes de psicoterapia gestalt. México: El Manual Moderno.

Monge, M. A., (1989). El trato integral del enfermo hospitalizado: derecho a la atención espiritual. Revista Médica Universidad de Navarra, 33 (4). 233-238.

Montiel, O.E. (1990). Formación básica del terapeuta humanista. Tesina para obtener el título de Lic. en Psicología, ENEP, Iztacala, UNAM. México.

Naranjo, C. (1990). La vieja y novísima gestalt. (3ª ed.). Chile: Cuatro vientos.

Oldham, J., Key, T. y Starak, I. (1992). El riesgo de vivir. México: Manual Moderno.

Ovsiankina, M.R. (1976). The resumption of interrupted activities. En J. de Rivera (Ed.). Field Theory as Human Science. New York: Gardner Press.

Papalia, D. E. (1997). Muerte y duelo. Desarrollo Humano con aportaciones para Iberoamérica. México: McGraw-Hill.

- Papalia y Wendkos, olds. (1986). Desarrollo humano. México: McGraw-Hill.
- Parkes, C.M. (1972). Bereavement, studies of grief in adult life. New York, EUA: International Universities Press, Inc.
- Pascual, L. (1997). Atención psicológica en pacientes terminales. En: Pascual, L. y Ballester, R. La práctica de la psicología de la salud. Programas de intervención. Valencia, España: Promolibro.
- Pérez, V. (1996). El hombre y su muerte. México: Editorial Paulina.
- Perls, F. (1975). Yo, hambre y agresión. México: Fondo de Cultura Económica.
- Perls, F. (1995). Dentro y fuera del tarro de la basura. Santiago, Chile: Cuatro Vientos.
- Perls, F. (1997). El enfoque gestáltico, testimonios de terapia. (9ª reimpresión). Santiago, Chile: Cuatro Vientos.
- Petit, M. (1987). La terapia gestalt. Barcelona, España: Kairos.
- Polster, E. y Polster, M. (1994). Terapia gestáltica. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Portuondo, J. y Tamames, (1978). Psicoterapia gestáltica y psicoanálisis. España: Biblioteca Nueva Madrid.
- Quezadas, J. (1992). El proceso de morir. Tesis para obtener el grado de Lic. en Psicología, Universidad Anahuac. México.
- Quiles, Y. (1952). Sartre y su existencialismo. Madrid, España: Espasa-Calpe.
- Quintanar, F. (1996). Muere un familiar significativo. Tesis para obtener el grado de Maestría de Desarrollo Humano. Universidad iberoamericana. México.
- Quitman, R. (1989). Psicología humanística. Barcelona, España. Biblioteca de Psicología 158. Ed. Herder.

Raphael, B. (1983). The anatomy of bereavement. New York, EUA: Basic Books Inc. Publishers.

Ravagnan, L.M. (1974). La psicoterapia fenomenológica. Buenos Aires: Paidós.

Rebolledo, F. (1996). Fundamentos de tanatología médica: Aprender a morir. México.

Reich, W. (1949). Character-Analysis. New York: Noonday Press.

Reich, W. (1974). Análisis del carácter. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Rolf, I. (1977). What's Rolfing about?. Bulletin of Structural Integration, 6(2), 1-7.

Roubickzek, P. (1974). El existencialismo. Barcelona, España: Labor S.A.

Royal College of Psychiatrists. (1999). Coping with Bereavement. Londres. www.repsych.ac.uk/public/help/bereav/ber_frame.htm

Sabatini, L. (1989). Evaluating a treatment program for newly widowed people. Omega, 19 (3), 229-236.

Salama, H. (1996). Gestalt de persona a persona. México. Instituto Mexicano de Psicoterapia Gestalt, S.C.

Salama, H. y Villarreal, P. (1992). El enfoque gestalt: Una psicoterapia humanista. (2ª ed.) México: Manual Moderno.

Salmerón, R.F. (1965). El ser ideal en tres filósofos contemporáneos: Husserl, Hartmann y Heidegger. Tesis para obtener el grado de Doctor en Filosofía, UNAM, Facultad de Filosofía y Letras. México.

Sánchez, J. (1998). Acercamiento al paciente terminal oncológico. Boletín Oncológico, 9 (9). Artículo disponible en: <http://www.opolanco.es/Apat/Boletin9/indice9.html>.

Shepard, M. (1977). Fritz Perls, la terapia gestáltica. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Sherr, L. (1992). Agonía, muerte y duelo. México: El Manual Moderno.

Smud, M., y Bernasconi, E. (2000). Sobre duelos, enlutados y duelistas. Un ensayo psicoanalítico. Argentina: Grupo Editorial Lumen.

Stevens, J. (1993). El darse cuenta: sentir, imaginar, vivenciar. Santiago, Chile: Cuatro Vientos.

Tarangano, F. (1974). Psicoanálisis gestáltico. Buenos Aires: Paidós.

Thompson, R. (1969). Breve historia de la psicología. Madrid, España: Castilla.

Tobin, S. (1975). El proceso de despedirse, en Stevens, J. Esto es Gestalt. Chile: Cuatro Vientos.

Tuca, A.; Schröder, M. y Novellas, A. (1998). Cuidados paliativos en oncología. Anuario de Psicología, 29 (4). 35-53.

Vilagrasa, P. y Peya, M. (1987). Paciente terminal y muerte. Barcelona, España: Ediciones Doyma.

Viorst, J. (1990). El precio de la vida. Las pérdidas necesarias para vivir y crecer. Argentina: Emecé Editores.

Worden, J. (1982). Grief counseling and grief therapy. New York. EUA: Springer Publishing Company.

Yalom, I. (1999). Mamá y el sentido de la vida. Historias de psicoterapia. Buenos Aires, Argentina: Emecé Editores.

Yalom, I. (2000). Psicoterapia existencial y terapia de grupo. Barcelona, España: Paidós.

Zeigarnik, B. (1938). "On finished and unfinished tasks". In W.D. Ellis (Ed.). A Source-Book of Gestalt Psychology. New York: Harcourt Brace.

Ziegler (1976). Los vivos y los muertos. D.F., México: Siglo XXI.

Zinker, J. (1991). El proceso creativo en la terapia gestáltica. D.F., México: Paidós.

ANEXOS

ANEXO A

MANIFESTACIONES ANTE LAS PÉRDIDAS

	EXPRESIONES FÍSICAS	EXPRESIONES EMOCIONALES	EXPRESIONES COGNOSCITIVAS	EXPRESIONES CONDUCTUALES
MANIFESTACIONES NORMALES	Opresión en el pecho	Tristeza	Incredulidad	Alteraciones en el sueño
	Asfixia / Dificultad para respirar	Rabia	Confusión	Alteraciones en el apetito
	Necesidad de suspirar	Culpa	Preocupación	Conducta inconsciente
	Sensación de vacío en el estómago	Ansiedad	Sensación de presencia	Aislamiento social
	Falta de fuerza muscular	Soledad	Alucinaciones	Sueños con la pérdida
	Tensión corporal	Fatiga	Necesidad de buscarle algún sentido a la pérdida	Búsqueda
	Llanto / Sollozos	Desamparo	Cambios en las creencias acerca del mundo y de sí mismo	Hiperactividad
	Opresión en la garganta	Anhelos	Estrategias para mantener vivo el recuerdo de la persona fallecida	Llanto
	Sensibilidad aumentada al ruido	Alivio		Visitar lugares o cargar objetos que recuerden al objeto perdido
	Boca seca	Embotamiento		Guardar objetos que recuerden al objeto perdido
MANIFESTACIONES ANORMALES	<p>Negación exagerada y exageración de los síntomas del duelo normal Adquisición de los síntomas de la enfermedad del familiar o de la enfermedad diagnosticada Hostilidad, agresividad o violencia intensas hacia ciertas personas Huida, escapismo o aislamiento. Pérdida prolongada de patrones de interacción social. Desintegración de las relaciones Depresión intensa Insomnio crónico Autoculpabilización / Necesidad de castigo Alcoholismo y/o drogadicción Exceso de fantasías Inactividad total o actividad sin lógica o razón Obsesión con el suceso Decisiones impulsivas Intento de suicidio</p>			

ANEXO B

Clave_____

CUESTIONARIO MULTIFÁSICO PARA REACCIÓN DE DUELO

A. Godines y E. Solorio

A continuación se le presentan una serie de oraciones o proposiciones, le pedimos que lea cada una y decida si, en su caso, la respuesta es si o no.

Usted debe marcar su respuesta con una equis (X).

Si la respuesta es SI o más o menos SI en su caso marque en el espacio en que está escrito SI. Por ejemplo:

1. Esto es una pesadilla. X
SI NO

Si la respuesta es NO o más o menos NO en su caso, marque una X en el espacio en que está escrito NO. Por ejemplo:

2. Siempre siento deseos de llorar. X
SI NO

Si la oración no se aplica a usted o si se trata de algo que desconoce, no haga marca alguna en las líneas de respuesta.

Trate de ser SINCERO CONSIGO MISMO y use su propio criterio. Procure evitar dejar sin contestar alguna pregunta. No piense mucho su respuesta.

Agradecemos de antemano su cooperación.

1. Me siento muy confundido, no sé qué pensar o hacer. SI NO

2. Quisiera que hubiera sido otra persona cualquiera la que estuviera enferma y no yo. SI NO

3. Tal vez todavía podría salir adelante. SI NO

4. Si están conmigo prefiero que estén en silencio. SI NO

5. Necesito tiempo para reflexionar. SI NO

6. Me arrepiento de no haber sido siempre muy buen hijo. SI NO

7. Cuando uno necesita a los que le rodean nunca están. SI NO

8. Es necesario que me vaya despidiendo de mis seres queridos. SI NO

9. La vida es injusta. SI NO

10. Si viviera más, ya no haría lo malo que siempre he hecho. SI NO

11. realmente yo estoy enfermo. SI NO

12. Dios me espera. SI NO

13. Todavía espero un milagro. SI NO

14. Si alguien me visita deseo que sea breve, pues necesito tiempo para mí.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
15. Tengo buen humor aunque esté enfermo.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
16. Deseo que todos me vean en este estado.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
17. Antes de morir quiero expresar mi amor a mis familiares y amigos.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
18. Me dieron los resultados de otra persona.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
19. estoy en la espera de un medicamento o proceso médico que me pueda ayudar.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
20. Me parece que esto no es verdad, no es real.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
21. Siento la necesidad de expresar la rabia que me produce la idea de la muerte.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
22. Ahora puedo hablar sin temores de mi enfermedad y de lo que es la muerte.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
23. Seguramente existe otra explicación a mis síntomas.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
24. debo vivir porque todavía tengo una misión que cumplir en la tierra.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
25. Me he portado bien toda la vida y el destino (o Dios) me envía esta enfermedad, no lo entiendo.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
26. Me pregunto qué habrá después de la vida.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
28. Debo vivir más porque mis seres queridos me necesitan.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
29. La mayor parte del tiempo quiero estar dormido.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
30. A veces siento coraje y no sé por qué o contra qué.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
31. Tengo miedo de lo que me va a pasar cuando muera.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
32. Siento que el dolor casi ha desaparecido.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
33. Esto lo debería tener una persona que hace mal a la humanidad.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
34. Sólo soy un estorbo para mis familiares.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
35. Ya me siento cansado de este sufrimiento.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
36. Tristemente sé que ya no tengo remedio.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
38. Nadie me comprende, claro como ellos no están enfermos.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
39. Ya no sirvo para nada.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
40. Siento que pude darle un significado a mi vida.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
41. Es mentira que con tan pocos estudios sepan cuál es mi enfermedad.	<u>SI</u>	<u>NO</u>

42. Estoy triste porque no puedo trabajar.	SI	NO
43. Deseo que no me hablen de lo que dicen que tengo.	SI	NO
44. Esto es una pesadilla.	SI	NO
45. me siento enfadado.	SI	NO
46. He ofrecido buenas obras para que Dios prolongue mi vida.	SI	NO
47. Siento la necesidad de expresar todo el dolor que me produce la idea de la muerte.	SI	NO
48. Quiero compartir en este momento mis sentimientos respecto a mi enfermedad, con mi familia.	SI	NO
49. En secreto he hecho un pacto con la vida.	SI	NO
50. Quiero que ya me dejen todos en paz.	SI	NO
51. Yo me siento completamente bien.	SI	NO
52. Muchas veces tengo que gritar o alzar la voz para que me atiendan.	SI	NO
53. Cuando uno necesita a médicos o enfermeras no acuden.	SI	NO
54. Mi diagnóstico es verdad.	SI	NO
55. Me da coraje conmigo por haber dejado que me pasara esto.	SI	NO
56. tal vez esto era mi destino.	SI	NO
57. Deseo que me visiten mucho y muchas personas.	SI	NO
58. He vivido conforme pensé que era lo correcto.	SI	NO
59. Si la vida me concede otra oportunidad será mejor persona.	SI	NO
60. Siento vergüenza de que me vean así.	SI	NO
61. Ya no quiero más operaciones o tratamientos.	SI	NO
62. Puedo quedarme dormido con facilidad porque estoy en paz.	SI	NO
63. Siento que en estos momentos más que yo, mi familia es la que necesita ayuda y apoyo.	SI	NO
64. Esto es injusto porque yo soy muy útil y productivo a la sociedad.	SI	NO
65. Siento la necesidad de expresar todas las fantasías (ideas) que me produce la idea de la muerte.	SI	NO
66. Mi diagnóstico está equivocado.	SI	NO

67. Ya puedo morirme y nadie me atiende.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
68. Quiero disfrutar de la compañía de mis seres queridos.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
69. Los que me rodean se dan cuenta de todo lo que necesito.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
70. Siento la necesidad de que me revisen una y otra vez para ver si no se equivocaron en el resultado.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
71. Si yo viviera más no sería tan avaro.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
72. La comida que dan en los hospitales es una porquería.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
73. Cuando uno está enfermo la gente se aleja de uno.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
74. Puedo despedirme en paz de mi familia.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
75. Todavía deseo que me atiendan en lo que necesito.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
76. Deseo que me visiten sólo personas que yo elija.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
77. Es necesario que acuda a otro médico para comprobar que yo no estoy enfermo.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
78. debe haber un error en mi diagnóstico.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
79. Las enfermeras me tratan mal, no me hacen caso.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
80. me pregunto por qué yo.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
81. He prometido que si me curo dedicaré mi vida al servicio de los demás.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
82. Me pongo a pensar si en este momento Dios (o la vida) me diera otra oportunidad.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
83. Sigo al pie de la letra todo lo que me dice el doctor para curarme.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
84. siento mucho disgusto.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
85. Ya le dije al doctor que si salgo de ésta le voy a traer un regalito.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
86. Si tan sólo me hubiera cuidado no estaría aquí, así.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
87. Todavía deseo hablar y que me pregunten sobre mis cosas.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
88. He prometido una vida dedicada a Dios a cambio de la cura.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
89. Me duele mucho tener que dejar esta vida.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
90. Me pregunto si realmente habrá algo en el más allá.	<u>SI</u>	<u>NO</u>
91. Siento la necesidad de expresar toda la tristeza que me produce la idea de la		

muerte.

92. Me siento muy acabado (a) como persona.

93. Me preocupa lo que le pasará a mi familia cuando yo muera.

94. La única razón que me mantiene vivo (a) es el apoyo de mi familia.

95. Quiero morir cuando haya reparado mis faltas.

96. Actualmente me siento tranquilo (a) respecto a mi enfermedad.

97. Siento que he perdido muchas cosas.

98. Me siento con paz espiritual.

99. Me duele no haber disfrutado más la vida.

100. Lo que me está pasando va a aclararse, se verá que no tengo nada.

101. El doctor me tiene aquí y no respeta mis deseos para nada.

102. Siento la necesidad de expresar todos los miedos que me produce la idea de la muerte.

103. En todas partes el servicio es pésimo, parece que no lo pago.

104. La esperanza nunca muere.

105. Me duele ver tan deteriorada mi salud.

106. La mayoría del tiempo me siento triste.

107. Creo que si viviera más tiempo ya no sería tan

SI

NO

ANEXO C

Clave_____

HOJA DE REGISTRO DE RESPUESTAS

NEGACIÓN

1
11
18
20
23
41
43
44
51
54
66
70
77
78
100

Total Bruto
Porcentaje

IRA

2
7
9
25
27
30
33
38
45
52
53
55
64
67
69
72
73
79
80
84
101
103

Total Bruto
Porcentaje

PACTO

10
24
28
46
49
59
71
81
83
85
88
107

Total Bruto
Porcentaje

DEPRESIÓN

6
15
16
26
29
31
34
35
36
37
39
42
50
60
61
75
86
87
89
90
92
93
97
99
105
106

Total Bruto
Porcentaje

ACEPTACIÓN

3
4
5
8
12
13
14
17
19
21
22
40
47
48
56
57
58
62
63
65
68
74
76
82
91
94
95

Total Bruto
Porcentaje

ANEXO D

Clave_____

CLAVE PARA CALIFICACIÓN

NEGACIÓN

1 SI
11 NO
18 SI
20 SI
23 SI
41 SI
43 SI
44 SI
51 SI
54 NO
66 SI
70 SI
77 SI
78 SI
100 SI

Total Bruto
Porcentaje

DEPRESIÓN

6 SI
15 NO
16 NO
26 SI
29 SI
31 SI
34 SI
35 SI
36 SI
37 NO
39 SI
42 SI
50 SI
60 SI
61 SI
75 NO
86 SI
87 NO
89 SI
90 SI
92 SI
93 SI
97 SI
99 SI
105 SI
106 SI

Total Bruto
Porcentaje

IRA

2 SI
7 SI
9 SI
25 SI
27 SI
30 SI
33 SI
38 SI
45 SI
52 SI
53 SI
55 SI
64 SI
67 SI
69 NO
72 SI
73 SI
79 SI
80 SI
84 SI
101 SI
103 SI

Total Bruto
Porcentaje

ACEPTACIÓN

3 SI
4 SI
5 SI
8 SI
12 SI
13 SI
14 SI
17 SI
19 SI
21 SI
22 SI
40 SI
47 SI
48 SI
56 SI
57 NO
58 SI
62 SI
63 SI
65 SI
68 SI
74 SI
76 SI
82 SI
91 SI
94 SI
95 SI

Total Bruto
Porcentaje

PACTO

10 SI
24 SI
28 SI
46 SI
49 SI
59 SI
71 SI
81 SI
83 SI
85 SI
88 SI
107_____

Total Bruto
Porcentaje

ANEXO E

TABLAS DE PORCENTAJES

NEGACIÓN

PUNTAJE	PORCENTAJE
15--	--100
14--	--93.33
13--	--86.66
12--	--80.00
11--	--73.33
10--	--66.66
9--	--60.00
8--	--53.33
7--	--46.60
6--	--40.00
5--	--33.33
4--	--26.66
3--	--20.00
2--	--13.33
1--	--6.66

IRA

PUNTAJE	PORCENTAJE
22--	--100
21--	--95.45
20--	--90.90
19--	--86.36
18--	--81.81
17--	--77.27
16--	--72.72
15--	--68.18
14--	--63.63
13--	--59.09
12--	--54.54
11--	--50.00
10--	--45.45
9--	--40.90
8--	--36.36
7--	--31.81
6--	--27.27
5--	--22.72
4--	--18.18
3--	--13.63
2--	--9.09
1--	--4.54

PACTO

PUNTAJE	PORCENTAJE
11--	--100
10--	--90.90
9--	--81.81
8--	--72.72
7--	--63.63
6--	--54.54
5--	--45.45
4--	--36.36
3--	--27.27
2--	--18.18
1--	--9.09

DEPRESIÓN

PUNTAJE	PORCENTAJE
26--	--100
25--	--96.15
24--	--92.30
23--	--88.46
22--	--84.61
21--	--80.77
20--	--76.92
19--	--73.07
18--	--69.23
17--	--65.38
16--	--61.54
15--	--57.69
14--	--53.84
13--	--50
12--	--46.15
11--	--42.30
10--	--38.46
9--	--34.61
8--	--30.77
7--	--26.92
6--	--23.07
5--	--19.23
4--	--15.38
3--	--11.53
2--	--7.69
1--	--3.84

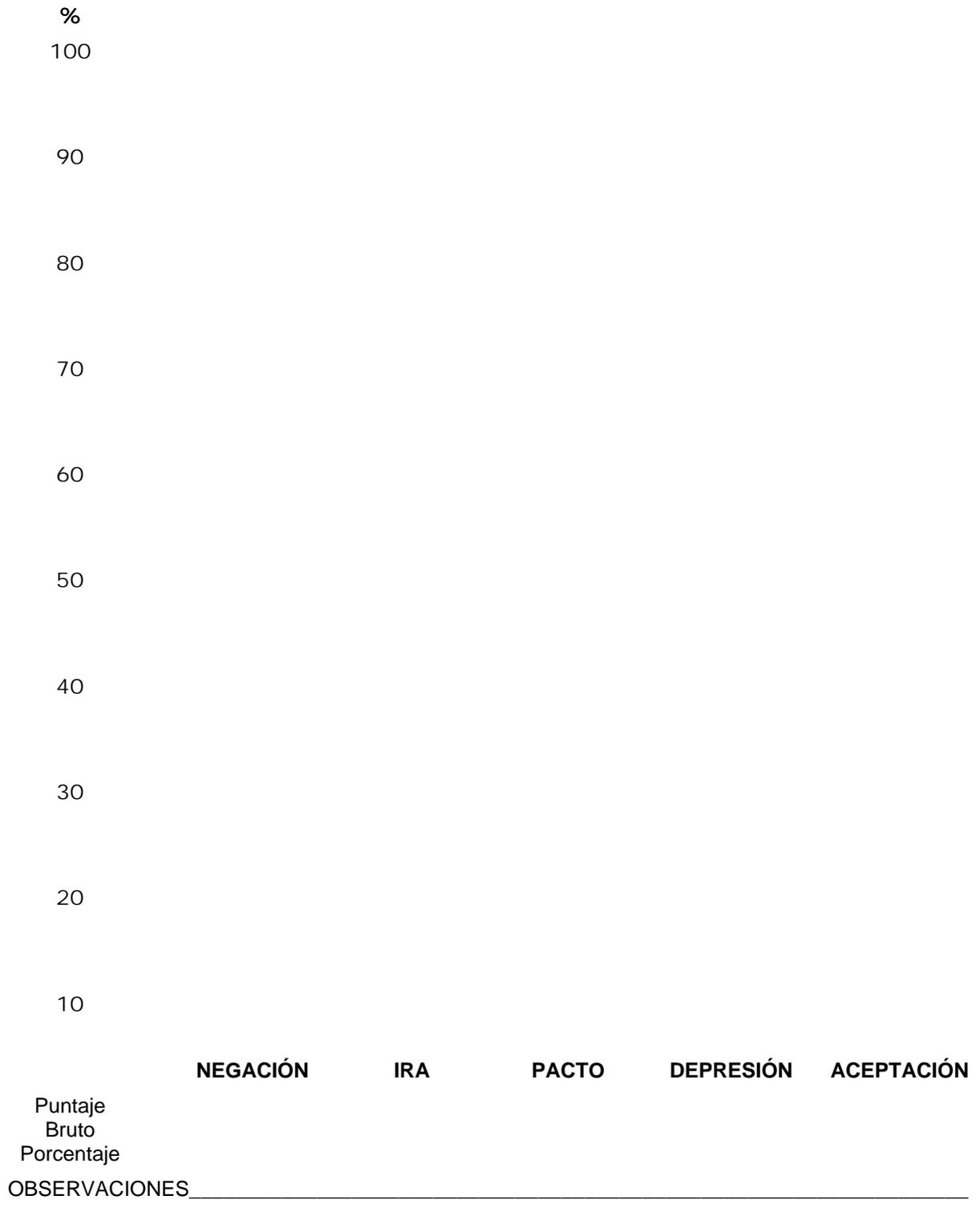
ACEPTACIÓN

PUNTAJE	PORCENTAJE
31--	--100
30--	--96.77
29--	--93.55
28--	--90.32
27--	--87.09
26--	--83.87
25--	--80.64
24--	--77.42
23--	--74.19
22--	--70.96
21--	--67.74
20--	--64.51
19--	--61.29
18--	--58.06
17--	--54.83
16--	--51.61
15--	--48.38
14--	--45.16
13--	--41.93
12--	--38.71
11--	--35.48
10--	--32.26
9--	--29.03
8--	--25.80
7--	--22.58
6--	--19.35
5--	--16.13
4--	--12.90
3--	--9.67
2--	--6.45
1--	--3.22

ANEXO F

Clave _____

GRÁFICA DE PERFIL



ANEXO G

DESCRIPCIÓN, ADMINISTRACIÓN, CALIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN DEL CUESTIONARIO PARA REACCIÓN DE DUELO DE A. GODINES Y E. SOLORIO

DESCRIPCIÓN

El instrumento consta de: inventario, hoja de respuestas, clave para calificación, tablas de porcentajes y gráfica de perfil. El instrumento mide diversas reacciones del proceso de duelo divididas de acuerdo a las etapas de duelo planteadas por Kübler-Ross (negación, ira, pacto, depresión y aceptación). Se encuentra constituido por 107 frases, la forma de respuesta es dicotómica, es decir, se responde "SI" o "NO" (a excepción del último reactivo que es una pregunta abierta).

ADMINISTRACIÓN

Se requiere de un lápiz con borrador y del inventario (Anexo B), la persona debe responder delante de cada frase en el inventario. La aplicación puede ser individual o grupal. No existe límite de tiempo. Si surgen dudas durante la aplicación el administrador debe resolverlas.

CALIFICACIÓN

Primero se registran las respuestas del inventario en la hoja de registro de respuestas (Anexo C). Posteriormente, mediante la hoja de clave para calificar (Anexo D), se obtiene el puntaje bruto para cada fase del proceso de duelo. Lo siguiente es transformar el puntaje bruto, de cada fase a porcentajes (Ver anexo E). Posteriormente se traza un perfil especial (Anexo F), para lo cual se colocan puntos, círculos u otras marcas en los números correspondientes a los porcentajes que aparecen en la columna de cada fase, y se unen mediante una línea continua.

INTERPRETACIÓN

Se realiza por medio del perfil, a través de la gráfica se observa en que fase presenta mayor incidencia. Puede ocurrir que existan varias fases en el mismo nivel o que no predomine alguna en particular. Se interpreta concluyendo que la persona se encuentra en la fase en la que obtuvo mayor porcentaje, en caso de que existan varias en esa posición se entenderá que la persona no se encuentra en alguna fase específica sino que está vivenciando las fases en las que obtuvo los porcentajes más altos.