



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

**LA TANATOLOGÍA EN LA ETAPA DE LA ADOLESCENCIA
UN ÁREA DE INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADAS EN TRABAJO SOCIAL**

P R E S E N T A N:

GONZÁLEZ CRUZ JULIETA ISIDORA

MARÍN ROMERO YOLANDA

DIRECTOR DE TESIS:

CLAUDIA CECILIA LÓPEZ OLMEDO



MÈXICO, D.F. 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS



DEDICATORIAS

A mis padres Mauricio† y María del Carmen:

Sea este el fruto de sus esfuerzos y de los míos, la humilde pero bien sentida ofrenda a los dos seres queridos que entregaron lo mejor de sus vidas a la formación de mi alma y al enriquecimiento de mi corazón. A mi padre, mi maestro de vida, por haberme dado la mejor herencia que pude recibir, mi educación, gracias por haber sido el mejor padre del mundo no solo para mí sino también para mi hijo. Tu partida dejó una gran ausencia y profundo dolor.

A mi madre, que es “fuente de resiliencia” por tener la capacidad para recuperarse y sobreponerse con éxito a la adversidad y salir fortalecida de ella, por ser el pilar emocional de esta familia. A mis padres, a ellos que son los verdaderos autores de lo poco que yo pueda ofrecer al mundo, a esos dos artífices del amor que depositaron en mí toda su fe, amor y confianza. Gracias papás los quiero mucho.

A mi hijo Rodrigo:

Lo más valioso que he logrado en mi vida, por ser el fruto de algo maravilloso de una etapa en mi vida, por ser un angelito deseado con todo el amor, mucho antes de venir a este mundo, porque eres el motor que me inspira para seguir adelante y no claudicar en el camino. Te amo “tiki tiki”, te doy las gracias por llegar a mi vida a llenarla de amor, esperanza y alegría.

A mi hermana Edith, mi cuñado José Luis y mis sobrinos Vania Junniete y Luis Omar:

Por ser una gran hermana, por apoyarme en los momentos difíciles y porque se que siempre podré contar contigo y que estarás a mi lado cada vez que te necesite, por ser mi amiga antes que nada, te quiero mucho. A José Luis por apoyar y querer a mi familia. A mis sobrinos Vania Junniete y Luis Omar, por llegar a esta familia a darnos su alegría, gracias por ser parte de esta familia, mi familia.

A mi hermana Sonia:

Gracias por ser más que mi hermana mi amiga, mi confidente y cómplice, gracias por estar conmigo en los momentos más inesperados por los que he podido pasar y en los que nunca pensé que llegarías estar a mi lado. Te pido perdón por involucrarte en mis problemas, gracias por todo, ten presente que te quiero y que siempre podrás contar conmigo y que algún día te retribuiré todo el apoyo que me has brindado.

† Q.E.P.D. (1960-2006)

A mi hermanito el más pequeño, Mauricio†:

Doy gracias a Dios por haberme permitido compartir 18 años de mi vida a lado de un ser tan noble y maravilloso como lo fuiste tú, se que la forma en que te fuiste de nuestro lado fue en extremo dolorosa, que dejó un profundo dolor y tristeza. Nunca había lamentado tanto una pérdida como la tuya, pero hoy por hoy he aprendido a aceptarla y a vivir con ella, gracias a esto he podido madurar en el plano emocional. Gracias por ser el mejor hermano del mundo, mi hermano. Te quiero mucho.

A mis amigas Angélica, Elia y Yolanda:

Gracias por estar conmigo en las buenas y en las malas, por compartir conmigo tristezas y alegrías, y aunque hemos tomado caminos distintos, esto no ha sido un impedimento para que nuestra amistad continué, ya que esta basada en el cariño, la confianza y la hermandad que compartimos. Gracias por los momentos vividos, que hicieron de mi estancia en la universidad una etapa agradable e inolvidable, que hicieron de ese lugar algo valioso e importante. Recuerden que los Mejores amigos son los que se quedan cuando ya todos se han ido.

A Dios, el ser supremo, quien me ha dado la fuerza y la fe para salir adelante en los momentos adversos y sin el cual, nada de lo que soy y de lo que tengo sería posible.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, mi casa formadora de estudios, la cual me brindó experiencias gratificantes, en ella encontré a mis mejores amigas y de la cual guardo gratos recuerdos.

A todos aquellos que ocupan un lugar en mi familia y mi corazón, que con un pequeño detalle, con una palabra de aliento o de desaliento me han impulsado para terminar mi carrera, que con comentarios positivos o negativos han contribuido a que yo alcance uno de mis tantos logros. Gracias por ser parte de este pequeño pero muy significativo triunfo.

*¡Muchas personas entrarán y saldrán de tu vida;
pero solo los verdaderos afectos dejarán huellas en tu corazón!*

Con cariño Julieta I. González Cruz.

† Q.E.P.D. (1987-2005)

Con el tiempo aprendes que la vida esta llena de matices, unos hermosos, los cuales te permiten vivir momentos tan felices que quisieras que la vida se paralizará en ellos y otros no tan gratos pero que son necesarios para continuar viviendo y los cuales aún cuando traigan sufrimiento permiten dar una mirada a tu vida y valorar lo que hasta ese momento no habías valorado, reconocerte a ti mismo y caminar con pasos más firmes. Pasos que son más firmes por ti, pero también porque cuantas con personas que te dan su mano y una vez que te sujetan jamás te abandonan, a esas personas yo les quiero dedicar este esfuerzo que hoy se convierte en un logro para mí.

Como empezar sin dedicar este trabajo a las personas más importantes de mi vida...

*A mi madre **Gregoria Romero Peñalosa**, quien es mi mayor apoyo, mi fortaleza, quien además de darme la vida me ha dado su amor, su comprensión y fuerza espiritual, sin ella yo no sería la persona que hoy en día soy, sus valores, sus enseñanzas y ejemplos son el mayor tesoro que me pudo haber dado, gracias Dios por este regalo maravilloso.*

*A mi padre **Benjamín Marín Flores**, por su apoyo brindado en toda mi carrera profesional, sin su esfuerzo a veces poco reconocido no hubiera podido culminar mi carrera, gracias papá por haberme dado la mejor herencia que un hijo puede recibir, Te Quiero y lo sabes.*

A mis hermanos quienes fueron una parte importante de mi formación como persona...

*A **César** gracias por tu ejemplo y tus palabras, quiero que sepas que fuiste mi mayor ejemplo para querer estudiar una carrera profesional, tu esfuerzo siempre será reconocido, tus palabras me impulsaron para no quedarme estancada en un lugar y querer sobresalir siempre un poco más, mi admiración para ti siempre. A **Mary** por tu eterna complicidad, por esos secretos guardados, por esos momentos difíciles compartidos, por esas lagrimas consoladas, por esas risas y por esa fortaleza admirable gracias Mary por ser como mi mamá desde que era niña hasta siempre. A **Ana** quien siempre ha sido mi mejor ejemplo de aventura, de alegría, de valor, de amor por los demás, de agradecimiento, de apoyo y de tantas cosas que con palabras no puedo agradecer, gracias infinitas por todo lo que has hecho por mí. Ana. A **Ramón** por ese apoyo, cariño y preocupación, la distancia nunca fue obstáculo para alejarnos gracias por tu apoyo incondicional. A **Victor** por ser la persona que siempre me protegió, gracias por tus cuidados, tu cariño y todo de lo que de ti he aprendido, no importa cuantas veces te caigas sino tener siempre el valor de levantarte y volver a mirar de frente.*

*A todos y cada uno de mis sobrinos, porque ustedes me impulsan a querer ser mejor cada día y porque he crecido y aprendido a lado suyo, para ustedes este logro, para **Thania, Carlos, Cesarín, Vanessa, Hugo, Axel, Rodrigo, Víctor Manuel, Benjamín, Abril, Rene, Víctor y Diego.***

*Dedico este trabajo a aquellas personas que ya no están conmigo pero que sin lugar a dudas ocupan un lugar de infinito recuerdo en mi corazón, a mi abuelito **Francisco Marín†** y a **Rene†** donde quiera que estén saben que los quiero mucho y aún cuando su ausencia siga doliendo su recuerdo no los dejara ir, a ti **Renecito** gracias por tu hermosa sonrisa que es el mejor recuerdo que de ti conservo para ti mi niño, este esfuerzo.*

*Gracias **Roberto Aguilar** por tu gran apoyo y amor, gracias por esas esperas con paciencia, por esas llevadas y traídas de tan lejos, de ese tiempo dedicado a mis cosas, de ese amor que justifica todo el esfuerzo compartido para realizar este sueño mío, pero también tuyo, gracias mil gracias AMOR.*

*Gracias a **Julieta González**, por formar parte de este sueño, y que en el proceso de realizarlo compartimos, pérdidas irre recuperables pero también obtuvimos aprendizajes y crecimiento, gracias amiga. A **Angélica Sotelo**, por compartir momentos importantes en la carrera, por la amistad brindada y por aquellos momentos divertidos que sin tu chispa no hubieran formado recuerdos maravillosos de nuestra estancia en la universidad. A **Elia Martínez** por el tiempo compartido y por ese carácter tuyo que hacia de nuestro grupo de cuatro algo especial.*

Gracias y dedicación también a esas personas que en el camino me abandonaron por no creer en mi, a aquellas que en el mismo andar he encontrado y que hoy tengo la fortuna de considerar mis amigos.

*Gracias desde luego a ti, mi mejor cómplice y amigo a ti **Dios.***

Gracias a quien me acogió y que por ello hoy tango el orgullo de llamarme universitaria, gracias

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU**

Con amor Yolanda Marín Romero.

† Descanse en Paz (1905-2007)

† Descanse en Paz (2000-2004)



AGRADECIMIENTOS

Nuestro profundo agradecimiento a la Lic. Claudia Cecilia López Olmedo, por su dedicación, interés, importantes contribuciones y conocimientos para la elaboración de este trabajo, así como su disposición en formar parte de este proyecto. Sin usted no hubiera sido posible la culminación de esta tesis, fue un placer trabajar a su lado y de un enriquecimiento extraordinario en lo que a conocimientos se refiere.

Gracias a la tanatóloga Ofelia Fernández, quien sin conocernos nos brindó su apoyo y nos proporcionó material de gran relevancia para el trabajo, gracias por su confianza en el proyecto y por su gran ayuda en la canalización de las instituciones para la realización de los casos que forman parte de la investigación realizada.

Al profesor Rafael López Alonso, gracias por su participación en la revisión de la GETTS, a si como sus observaciones para el mejoramiento de la misma.

Agradecemos también a los adolescentes quienes nos permitieron exponer sus casos aportación que forma parte esencial de este trabajo.

Por último agradecemos a las instituciones que nos abrieron sus puertas para la aplicación de la guía, quienes creyeron en la importancia de la realización de la presente tesis, gracias entonces al Centro Comunitario de la Clínica San Rafael, al Hospital de Traumatología de Lomas Verdes así como también al Hospital de Traumatología Magdalena de las Salinas.

La realización de la presente tesis no hubiera sido posible sin la colaboración de las personas e instituciones mencionadas, con las cuales estamos infinitamente agradecidas.



ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS | 2 |
| PRÓLOGO | 10 |
| INTRODUCCIÓN | 13 |
| CAPITULO I. Desarrollo evolutivo en Tanatología de la adolescencia | 18 |
| I. I Perspectiva biopsicosocial de la etapa y desarrollo de la adolescencia | 20 |
| I. II Esfera psicobiológica : fases de la adolescencia | 21 |
| I. III Esfera psicosocial de la adolescencia | 28 |
| I. IV Trastornos fisiológicos más comunes en la adolescencia | 35 |
| CAPITULO II Tanatología, adolescencia y familia | 45 |
| II. I Adolescencia y la influencia del ambiente familiar en su desarrollo biopsicosocial | 46 |
| II. II Familia como sistema | 49 |
| II. III Tipos de familia | 53 |
| II. IV Ciclo vital de la familia y su relación tanatológica | 56 |
| II. V Dinámica familiar | 63 |
| II. VI La adolescencia y el ambiente familiar | 69 |
| CAPITULO III. Pérdida, muerte y duelo en la adolescencia | 75 |
| III. I La pérdida en la etapa de la adolescencia | 76 |
| III. II Muerte y su importancia en Tanatología | 80 |
| III. III Procesos de muerte en la adolescencia | 88 |
| III. IV El duelo en la adolescencia | 91 |
| CAPITULO IV. Trastornos en la adolescencia derivados de los procesos de pérdida, muerte y duelo | 108 |
| IV. I Trastornos que se derivan del proceso de pérdida, muerte o duelo | 109 |
| IV. II Principales trastornos en la adolescencia derivados del proceso de pérdida, muerte y duelo | 113 |
| IV. III Resiliencia en el adolescente ante los eventos postraumáticos | 116 |
| IV. IV Pérdida, muerte, duelo y resiliencia con adolescentes | 124 |



| | | |
|----------------------|--|------------|
| CAPITULO V | La tanatología en la atención al adolescente en crisis | 129 |
| V. I | Tanatología en la esfera psico-emocional- espiritual del adolescente | 130 |
| V. II | Funciones de la tanatología | 131 |
| V. III | Tendencias de la tanatología | 140 |
| V. IV | Relación tanatología y adolescencia | 143 |
| V. V | Tanatología en intervención con adolescentes en crisis | 147 |
| | | |
| CAPITULO VI | Marco teórico | 154 |
| VI. I | Introducción a los modelos de intervención tanatológica | 155 |
| VI. II | Técnicas de intervención | 165 |
| VI. III | Bases teóricas para la Tanatología | 175 |
| VI. IV | Trabajo Social de casos | 187 |
| | | |
| CAPITULO VII | Proceso metodológico | 205 |
| | | |
| CAPITULO VIII | Intervención de Trabajo Social con adolescentes en proceso de duelo: exposición de resultados de la GETTS | 212 |
| VIII. I | Guía Ecléctica para Trabajadores Sociales, GETTS en la detección, diagnóstico y tratamiento de casos en procesos de pérdida, muerte y duelo no resueltos | 213 |
| VII. II | Exposición de resultados del instrumento GETTS | 219 |
| | | |
| CAPITULO IX | Propuestas para Trabajo Social Individualizado con intervención tanatológica | 245 |
| IX. I | Propuesta ecléctica de Trabajo Social Individualizado para el diseño de la GETTS | 246 |
| IX. II | Propuesta hacia una conceptualización de Trabajo Social Tanatológico para la constitución de una especialidad | 248 |
| | | |
| CONCLUSIONES | | 259 |
| | | |
| ANEXOS | | 266 |
| | | |
| BIBLIOGRAFÍA | | 282 |



PRÓLOGO



PRÓLOGO

El presente trabajo muestra una ardua investigación documental y un entusiasmo particular por el desarrollo del adolescente en un entorno biopsicosocial-espiritual, mismo que invita al lector a adentrarse en una teoría sistémica donde obviamente un problema tiene que ver con cada una de las partes que lo integra. Pero, llama la atención que las autoras de la tesis enfocan el desarrollo del adolescente en momentos críticos de su desarrollo y lo llevan a una análisis sobre las pérdidas, los duelos y las características resilientes que este tiene para hacer frente a esos eventos traumatizantes.

Parece, pero no fue sencillo engranar las partes relacionadas entre el desarrollo del adolescente, sus pérdidas, los duelos, el proceso de intervención tanatológica requerido en un momento dado y retomar teorías que permitieran tener una visión fundamentada. Asimismo, las tesisistas se arriesgan a proponer un instrumento que guíe el diagnóstico y por tanto un tratamiento adecuado evidentemente a las necesidades del adolescente en crisis. Y, no se deja de lado, que Trabajo Social tiene un campo de acción que exige un perfil propio en la intervención tanatológica porque es claro que esto da un tinte distinto de cualquier profesión que de igual forma tenga esta especialidad.

¿Por qué es tan importante para las autoras de la tesis LA TANATOLOGÍA EN LA ETAPA DE LA ADOLESCENCIA UN ÁREA DE INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL, abordar sólo esta etapa y no otras, como la infancia o senectud?. El trabajo sugiere que hay un particular interés por los trastornos de la adolescencia derivados de pérdidas y duelos no procesados o difícilmente asimilados. Y por otro lado porque esta etapa refleja un cambio físico-hormonal de transición que enlaza la infancia y la adultez de una manera significativa. La actitud intrépida y tendiente a la transgresión de reglas, lleva al adolescente a conductas en ocasiones impulsivas, seguidas por un pensamiento embrionario de la madurez psicoemocional que resulta en ejemplo, embarazos no planeados, curiosidad por los juegos y conducción de vehículos que implican riesgo, así como la ingesta de sustancias tóxicas, reflejan un estado de salud



mental que se pone en juego cada instante, sin embargo, la contención familiar a través de principios, valores, límites y un manejo de la autoridad en equilibrio, funciona como un mecanismo de protección que provee de seguridad para que los adolescentes puedan discernir al momento de tomar decisiones.

Sería infantil pensar que el proceso de la vida es todo “armonía”, no lo es así, y eso lo escriben claramente las autoras de esta tesis. Hay crisis familiares e individuales que no son fácilmente asimilables, por supuesto que requieren de una intervención profesional que asegure metodológicamente paso a paso resultados favorables evidentes. Saber cómo intervenir, aprehender un modelo de intervención con todas sus técnicas y sustento teórico, así como una guía que funja como lo que es, una guía de investigación que conlleve a resultados susceptibles de ser evaluados, criticados y modificados, es lo enriquecedor de una propuesta flexible construida por Trabajadores Sociales, para Trabajadores Sociales pero cuyo horizonte tienda a otras profesiones interesadas, ese es el reto finalmente de este trabajo: que se lea, que se explore, que de resultados a quienes quieran conocer y aplicar lo conocido, que trascienda y que de camino a otras propuestas.

De antemano, se reconoce la dedicación a esta Tesis realizada por Julieta González y Yolanda Marín, quienes me invitaron a formar parte de ella y agradezco porque me llevaron a actualizar mis conocimientos tanatológicos de una forma ilustrativa. Y aunque este trabajo es criticable como cualquier otro es expuesto a ello, es un buen comienzo cuando se genera una serie de opiniones relacionadas con la forma de ver la pérdida, la forma de intervenir y el “orden desordenado” de las etapas de duelo, que cuando la crisis llega demanda atención, un área de intervención para los Trabajadores Sociales que desean forjar una especificidad en la especialización.

“La vida es tan solo un suspiro de pequeño viento que deja algo a su paso:
mucho riqueza cuando se ve así”

Profa. Claudia Cecilia López Olmedo



INTRODUCCIÓN



INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa difícil, llena de grandes cambios que pueden provocar en el adolescente y en todas las personas con las que convive una serie de transformaciones que van a modificar sus relaciones tanto familiares como personales, su dinámica e integración, por mencionar algunas, estos cambios implican un proceso de adaptación que no es fácil. El hacerle frente a dichos cambios implica contar con una serie de herramientas que proporcionen los conocimientos necesarios para comprender como estos cambios determinan su desarrollo biosicosocial-espiritual, aunados a otros que no son contemplados pero que pueden aparecer, tal es el caso de pérdidas, muertes o duelos, que se convierten en escenarios que complican y vuelven más estresante la etapa.

La presente tesis aborda el tema de la adolescencia desde cuatro esferas principales: la biológica, psicológica, social y espiritual, cada una de ellas se desarrolla a lo largo de los capítulos que comprende este trabajo, cada capítulo retomará los sentimientos, reacciones y cambios que sobrevienen a los adolescentes, familiares y amigos que están atravesando por la etapa de la adolescencia. Por otro lado el mundo de las pérdidas, la muerte y el duelo como aspectos que si bien a ésta edad no son reconocidos, es importante analizarlos, porque estos no están sujetos a la condición social, el sexo o la edad, por ello no son temas excluyentes en la edad adolescente. Para esto se dará una breve explicación de lo que se aborda en cada una de las cuatro esferas antes mencionadas.

La biológica: en éste aspecto se darán a conocer los cambios a nivel biológico que se presentan con la etapa de la adolescencia, como lo son todos y cada uno de los cambios físicos que éste sufre, y como éstos repercuten en el desarrollo de las otras tres esferas, así como también los duelos y pérdidas que los cambios físicos implican y que no son reconocidos como tales.



La psicológica: aquí se abordarán todos los cambios psicológicos que sufre el adolescente durante esta etapa, así como las emociones y sentimientos que le provocan los cambios físicos a los que se está enfrentando y los duelos poco perceptibles como consecuencia del cambio. Hablando en el aspecto de las pérdidas que se sufren en ésta etapa del ciclo vital, los puntos a tratar en el aspecto psicológico, tienen que ver con las alteraciones que trae consigo la pérdida, la muerte y el duelo a esta edad, y como éstas repercuten en sus relaciones familiares y sociales, a sí mismo la forma en que el adolescente reacciona durante este proceso de cicatrización de la herida provocada por dichos procesos.

La social: desde ésta perspectiva se tocarán aspectos como la socialización del adolescente tanto en su entorno familiar, escolar y laboral, tomando en cuenta las relaciones sociales que establece con las figuras de autoridad y de pares, así como el lugar que ocupa el adolescente dentro de la sociedad, ya que el adolescente se coloca fuera de ésta, siente que no encaja en ningún lado, debido a que no es un niño, pero tampoco es un adulto, por lo que le resulta difícil encontrar su propia identidad y el lugar que ocupa dentro de la sociedad en la que se encuentra inmerso.

La espiritual: se habla aquí de la importancia del aspecto espiritual como un amortiguador en el proceso de duelo cuando el adolescente sufre alguna pérdida significativa. Éste aspecto tiene la intención de dar a conocer la forma en que el adolescente vive su proceso de duelo, refugiándose en sus creencias ya sean religiosas o espirituales, como lo son los rituales y ceremonias que proceden después de la pérdida de un ser querido, estos pueden hacer que el adolescente se de cuenta de que el duelo tiene un curso progresivo, haciendo más fácil el proceso de duelo y hacerle ver que al final de su actual dolor sobrevivirá y con el tiempo aprenderá a vivir con la pérdida.

Este trabajo no sólo constituye una recopilación de información sobre lo que son los aspectos involucrados en el desarrollo biopsicosocial-espiritual del adolescente, sino también aspectos como la familia, los trastornos derivados



del proceso de pérdida, muerte y duelo, la resiliencia (capacidad para recuperarse y sobreponerse con éxito a la adversidad, es decir, que las personas puedan sobreponerse a las experiencias negativas y a menudo hasta se fortalecen en el proceso de superarlas), entre otros que influyen de manera determinante en el desarrollo del adolescente.

Ahora bien, ¿cómo ayudar a un adolescente a enfrentar las pérdidas, la muerte o el duelo, sin un conocimiento de los conceptos inmersos en esta temática? es decir, ¿cómo ayudarlo sin un conocimiento de la ciencia que estudia dichos procesos?, para ello la presente tesis realiza un análisis conceptual, teórico y metodológico de la Tanatología como ciencia encargada de estudiar el mundo de las pérdidas, las muertes y los duelos, sus funciones, tendencias, así como también, sus áreas de intervención con la población adolescente, los modelos tanatológicos y las técnicas de intervención, de la misma forma la importancia del reconocer que las aportaciones de dicha ciencia ayudan a dar atención a dichos procesos en situaciones de crisis, las cuales pueden originar problemáticas mayores como lo son las adicciones, las enfermedades psicosociales y hasta el suicidio en la población adolescente.

A partir de un análisis de modelos de trabajo social individualizado se planteó una propuesta de Guía Ecléctica Tanatológica para Trabajadores Sociales GETTS, de manera experimental, una guía de detección, diagnóstico y tratamiento de casos en proceso de pérdida, muerte y duelo no resueltos, con la finalidad de que ésta sirva de apoyo en el quehacer profesional del Trabajo Social tanatológico, así como una propuesta de conceptualización del mismo.

De igual manera se pretende sentar las bases teóricas de las que se puede sustentar la Tanatología como una propuesta alternativa para poder ayudar a que los procesos de pérdida, muerte y duelo en la adolescencia sean asimilados con menor dificultad durante el desarrollo biológico, psicológico, social y espiritual del adolescente. Finalmente determinar cuales son los aportes de la investigación a la profesión, así como estipular cual es el perfil del trabajador social en la intervención tanatológica con adolescentes.



Para lo cual el objetivo de ésta tesis es el de fundamentar la relación Trabajo Social – Tanatología para retomar la importancia de la intervención del trabajo social en disciplinas poco abordadas por éste y que sin duda alguna ampliarán su quehacer profesional. Es importante por ello reconocer la necesidad de un Trabajo Social más amplio, es decir, cuyos campos de intervención sean innovadores y poco explorados para poder proponer una intervención más especializada, esto incluye, abrir espacios donde se reconozca la profesión de Trabajo Social con intervención tanatológica, cuestión que si bien no es nueva, tampoco ha podido lograr un campo de intervención reconocido en dicha área.



CAPITULO I

DESARROLLO EVOLUTIVO EN TANATOLOGIA DE LA ADOLESCENCIA



Se entiende como adolescencia a la etapa conocida de transición de la niñez a la adultez. Es una etapa importante en el desarrollo humano, ya que en ella se definen la identidad física, psicológica y social del sujeto. Entendiendo como desarrollo al crecimiento orgánico, la adquisición de la madurez sexual y la capacidad reproductiva, pero además del fortalecimiento del dominio de la conducta y de la vida social, así como la maduración global de la inteligencia. Según Peter Bloss¹ no existen etapas cronológicas en la adolescencia, sino de evolución, donde cada una de ellas constituye un prerrequisito para la madurez de la siguiente, y el cambio de la infancia, a la adolescencia contempla la pubertad, que es donde se presentan los primeros cambios físicos, psicológicos y sociales a los que esta sujeto el adolescente, estos son significativos en su desarrollo. Siendo los cambios físicos los más palpables, es decir los primeros en ser visibles a los ojos de los adultos y del mismo adolescente, se habla de estos haciendo énfasis en el impacto a nivel psicológico en el adolescente. Lo cual tanatológicamente implica un proceso de duelo, por todas las pérdidas que la misma etapa trae consigo, por lo que se debe brindar una intervención tanatológica integral que contribuya a mejorar el desarrollo biopsicosocial del adolescente. Aunque más adelante se determina lo que es un proceso tanatológico, es importante sólo referir que la tanatología es básicamente una disciplina que estudia e investiga el sentido de las pérdidas, la muerte y el duelo del ser humano considerando los fenómenos biopsicosociales y espirituales y los antecedentes y consecuentes que de ellas resultan, es una ciencia cuya finalidad es el de trabajar con lo referente al sufrir humano, como lo es la pérdida, muerte y duelo, por lo que su intervención con el adolescente tiene como finalidad el servir al adolescente como un apoyo que le permita enfrentar, superar y aprender de dichas experiencias proporcionando las herramientas que se necesitan para enfrentar la muerte y sus distintos procesos.

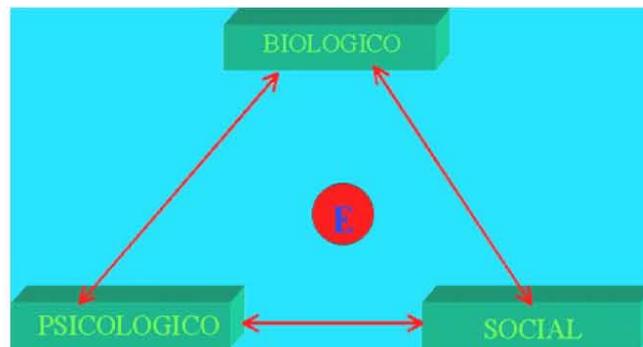
¹ José de Jesús, González Núñez, Psicopatología de la adolescencia, México, Manual Moderno 2001, p. 9.



I. I PERSPECTIVA BIOPSIICOSOCIAL DE LA ETAPA Y DESARROLLO DE LA ADOLESCENCIA

En la adolescencia se viven cambios muy significativos en el desarrollo humano, pues el sujeto pasa de ser un niño a convertirse en un adulto, el adolescente sufre en primer término un cambio biológico, que lo lleva a una “muerte necesaria para nacer otra vez”, muerte que implica el abandono y la renuncia al mundo infantil para entrar al mundo adolescente y culminar en el de los adultos, lo que traerá consigo cambios a nivel psicológico y social. Todos los cambios del que es presa el sujeto desde el momento de la concepción hasta los años anteriores a la adolescencia son aspectos que contribuirán en el desarrollo biopsicosocial del adolescente, tomando en cuenta que todos ellos forman parte de un conjunto único de factores genéticos, familiares, culturales económicos y sociales, que sin lugar a dudas en la etapa adolescente contribuirán a formar un individuo con una personalidad propia cuya capacidad de enfrentar los retos de la vida dependerá en gran parte de todos los factores mencionados.

De aquí que el ser humano es una unidad en donde los factores biológicos, psicológicos y sociales constituyen un sistema. La Teoría General de Sistemas conforma la base del modelo biopsicosocial, propuesta y desarrollada inicialmente por el biólogo Ludwig Von Bertalanffy, en la década de los 40s. Sostiene que todos los niveles de organización están unidos de tal forma que el cambio en uno necesariamente afecta a los otros. No se descuida recordar que en esta unidad se encuentra el Espíritu (E) que hace a este sistema trascendente. Los factores biológicos, psicológicos y sociales conforman un sistema único en cada ser humano formando una individualidad a manera de "huella digital" llamada "Personalidad", que es la peculiar manera de pensar, sentir, actuar y comunicarse que tiene cada persona. En este sentido, el estudio de la adolescencia es importante enfocarlo en esas diferentes esferas.



I. II ESFERA PSICOBIOLOGICA: FASES DE LA ADOLESCENCIA

La palabra adolescente viene del latín *adulescens*, participio presente del verbo *adolescere*, que significa crecer². Esta idea sugiere un dinamismo, habla de un movimiento hacia la satisfacción de necesidades y carencias; por tanto, la adolescencia no es una etapa estable, sino un proceso en el cual se atraviesa por desequilibrios e inestabilidad extremos combinados con períodos de pseudo armonía.

El término adolescencia designa comúnmente el período de la vida de una persona en el que todavía no posee ni un cuerpo ni una mente bien definidos y no es autónomo en la organización de su existencia.³ La adolescencia es la etapa conocida como transición de la niñez a la adultez. Es una etapa importantísima en el desarrollo humano, ya que en ella se definen la identidad física, psicológica y social del sujeto.

La adolescencia, es por lo tanto el período caracterizado por el crecimiento orgánico, la adquisición de la madurez sexual y la capacidad reproductiva, pero además del fortalecimiento del dominio de la conducta y de la vida social, así como la maduración global de la inteligencia.

² Ibid, p.1.

³ Giorgio, Nardone, et al, *Modelos de Familia, conocer y resolver los problemas entre padre e hijos*, Ed. Herder, Barcelona 2003, p. 41.



Ahora bien, es complicado fijar la duración de la adolescencia, debido a que es el lapso entre la niñez y la adultez, con frecuencia no se sabe como ubicar al adolescente si como niño o como adulto. Sin embargo se puede decir que la adolescencia dura aproximadamente una década, desde los 11 o los 12 años hasta los 19 o comienzos de los 20, pero ni el comienzo ni el fin están determinados con claridad.

Peter Bloss, que estudia la adolescencia desde un punto de vista psicológico, dice: “La lenta separación de las ligas emocionales del adolescente con su familia, su entrada temerosa o alborozada a una nueva vida que le llama, son de las más profundas experiencias de la vida humana”⁴. Según Bloss no existen etapas cronológicas en la adolescencia, sino de evolución, donde cada una de ellas constituye un prerrequisito para la madurez de la siguiente; sin embargo forzando un poco esta clasificación, es posible dar una edad cronológica aproximada a cada etapa:

- Latencia, 7 a 9 años
- Preadolescencia, 9 a 11 años
- Adolescencia temprana, 12 a 15 años
- Adolescencia propiamente como tal, 16 a 18 años
- Adolescencia tardía, 19 a 21 años
- Postadolescencia, 22 a 25 años

Siguiendo en alguna forma a Bloss, González Núñez⁵ clasifica las diferentes fases de la adolescencia con modificaciones y tratan de detectar el objetivo emocional que el adolescente debe resolver.

⁴ Idem, p. 8.

⁵ Idem, p. 9-14.



FASES DE LA ADOLESCENCIA

| <p><i>Preadolescencia</i></p> <p>9-11 años</p> | <p><i>Adolescencia Temprana</i></p> <p>12-15 años</p> | <p><i>Adolescencia propiamente tal</i></p> <p>16-18 años</p> | <p><i>Adolescencia tardía</i></p> <p>19-21 años</p> | <p><i>Postadolescencia</i></p> <p>22-25 años</p> |
|---|--|--|---|---|
| <p>Hay un inicio de metas impulsivas que antes no existían, por lo que aparecen nuevos intentos de conseguir esas metas con emociones nuevas.</p> <p>El adolescente no puede distinguir objetos amorosos ni metas impulsivas nuevas.</p> <p>Es época de los nenes con los nenes y las nenas con las nenas.</p> <p>Tendrá que superar las fantasías paranoídes, tanto pasivas como activas, de ser succionado devorado o muerto por la madre</p> | <p>Hay continuación progresiva de las nuevas metas instintivas que matizan e intensifican los afectos.</p> <p>Una falta de catexia (energía afectiva) en los objetos de amor incestuosos, la elección de objeto en esta etapa es, en esencia, narcisista.</p> <p>El adolescente de esta edad necesita poseer objetos a los que pueda admirar y amar, además es preciso que estén fuera del</p> | <p>La conciencia de que existe una nueva meta instintiva: la procreación; situación que matiza y afectiviza la fantasía de paternidad; tal fantasía es ambivalente, se desea, se niega, se aborrece, se busca, se aborta, etc.</p> <p>La vida emocional del adolescente ahora es más intensa, más profunda y con mayores horizontes: los deseos edípicos y sus efectos correspondientes resurgen. Los celos como la envidia y la</p> | <p>Existe ya una mayor unificación entre los procesos afectivos, volitivos y de acción. Es una fase en la que se jerarquizan y se consolidan los siguientes cambios:</p> <p>Se hace un acomodo jerárquico de los valores e intereses del yo</p> <p>Cristaliza una posición sexual irreversible (Constancia de identidad) bajo una fórmula que puede ser genital heterosexual,</p> | <p>Representa el paso final de la adolescencia donde las identificaciones son plenamente acertadas y se fortalecen.</p> <p>Las ligaduras sexuales infantiles tienen que desvincularse definitivamente de los objetos incestuosos y ligarse a nuevos objetos.</p> <p>Desde lo externo queda finalmente integrado el uso del tiempo libre como satisfactor productivo para la personalidad.</p> |



| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <p>preedípica; a la vez que también ha que enfrentarse al temor de amar a su madre y quedarse dependiente de ella para toda la vida.</p> <p>Los padres, en especial la madre (puesto que con ella es el conflicto central) tienen que cooperar para el logro de esta independencia familiar.</p> | <p>ámbito familiar.</p> <p>Existe un episodio bisexual transitorio de tipo inconsciente, situación que le angustia y que el adolescente niega, incluso se avergüenza de poseer fantasías al respecto.</p> <p>Al identificarse con el padre, el propio adolescente varón se ayuda a salir de ese periodo bisexual y queda preparado para el siguiente, y la mujer se identifica con la madre logrando así una adecuada identificación psicosexual.</p> | <p>culpa reaparecen, y los conflictos internos sobre la identidad alcanzan su máximo desarrollo.</p> <p>Durante la etapa narcisista de la adolescencia propiamente tal, se pasa de una sobrevaloración de los padres a una devaluación de estos.</p> <p>Durante esta etapa se favorece la identidad, separación e independencia y está al servicio progresivo del adolescente.</p> <p>El adolescente solicita que los adultos se comporten con un claro desempeño de su rol personal, social y sexual.</p> | <p>bisexual, homosexual o celibatal.</p> <p>La estabilización de los recursos mentales yóicos que de manera automática salvaguardan la identidad.</p> <p>Un acomodo jerárquico de los afectos de acuerdo con la identidad lograda.</p> <p>Para esta fase las diferencias individuales afectivas son notorias a simple vista, ya que la tolerancia al conflicto, la ansiedad y la descarga, matizan la fuerza y cualidad individual.</p> | |
|--|---|--|---|--|

FUENTE: José de Jesús González Núñez, *Sicopatología de la Adolescencia*, México, Manual Moderno, 2001, p.9-14.

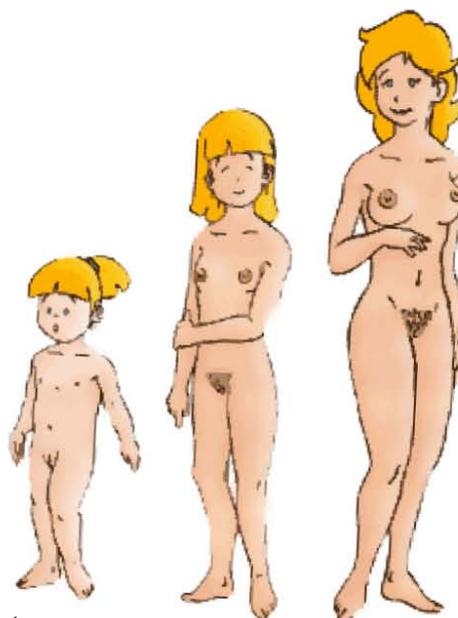


Como se puede ver los cambios físicos, psicológicos y sociales a los que está sujeto el adolescente desde la preadolescencia hasta la postadolescencia, son significativos en su desarrollo. Siendo los cambios físicos los más palpables, se habla de estos haciendo énfasis en el impacto a nivel psicológico en el adolescente.

CAMBIOS FÍSICOS

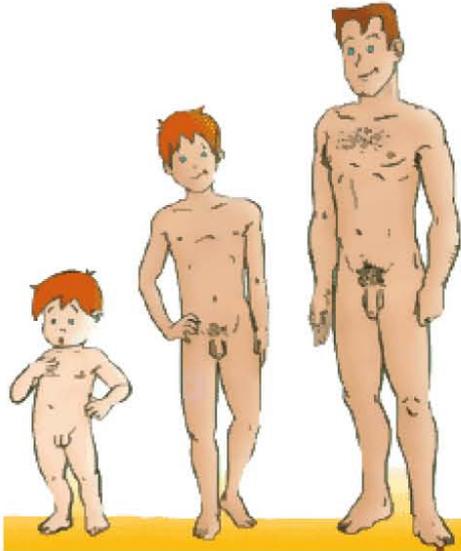
Siendo la pubertad el inicio de la adolescencia y de los cambios físicos, ésta se caracteriza por generar un cambio drástico en la estructura física del cuerpo, culminando en la maduración sexual y por lo tanto en la capacidad de reproducción. Entre los principales cambios se puede hacer una clasificación:

Los cambios físicos en la mujer implican una imagen corporal que se distancia mucho del cuerpo de la niña. Ahora la adolescente tiene que lidiar con un cuerpo donde la masa corporal se acentúa en determinadas partes del cuerpo como lo son los senos y las caderas, esto implica un duelo por la pérdida del cuerpo infantil y un conflicto ante la aceptación del nuevo cuerpo que despierta conductas de sensualidad y atracción física para el sexo opuesto, lo cual puede ocasionar actitudes positivas o negativas. En el primer caso se habla de adolescentes que aceptan su nuevo cuerpo y se sienten seguras de sí mismas, en el segundo se habla de adolescentes incomodadas con la nueva situación, se sienten acosadas frente al otro sexo creándose una autoestima baja. La menarca (primera menstruación) es el primer signo de desarrollo sexual femenino.





En los hombres la primera señal de maduración sexual es la producción del semen, llamada espermarca (primera eyaculación) la cual ocurre alrededor de los 13 años en donde el joven quizá despierte y se encuentre con una mancha húmeda o endurecida en las sábanas: resultado de una eyaculación involuntaria de semen, conocida comúnmente como “sueño húmedo”.



El crecimiento repentino de los huesos, trae como resultado un cuerpo adolescente en ocasiones torpe y a hasta cierto punto desproporcionado. Debido a que el desarrollo es diferente para cada individuo, los jóvenes que presentan una adolescencia tardía, suelen preocuparse por su desarrollo al compararse con amigos que están viviendo los cambios propios de esta etapa, ya que en el adolescente la fuerza, la masa muscular, la voz grave y la aparición de vello corporal y facial son símbolos de hombría. Aquellos adolescentes que maduran a temprana edad tienen aparentemente ganado el terreno de la autoestima, destreza en los deportes y mayor ventaja para relacionarse con el sexo opuesto. Se habla entonces de una maduración temprana o tardía, las cuales traerán efectos psicológicos negativos en el adolescente cuando aparece un acontecimiento tensionante al mismo tiempo.

Cambios Psicológicos

El cambio de niño a adolescente en el nivel cognitivo trae detonantes que determinarán en gran parte la identidad del adolescente. Algunos de los indicadores de los cambios psicológicos pueden ser los siguientes:

- El adolescente selecciona enseñanzas de la niñez y a su vez acepta cosas nuevas como influencia del exterior.
- Cambios de humor y emociones drásticas

- Aparición de conductas egocéntricas, el adolescente es un tanto cruel con los sentimientos ajenos, pero exigente con el respeto hacia los suyos.
- Tiene una gran necesidad de comunicación, pero a su vez la rechaza.
- Falta en la capacidad de adquirir responsabilidades y tomar decisiones en relación a su vida.
- Desarrollo gradual en la capacidad de introspección y auto evaluación.
- Se inicia el desarrollo del pensamiento lógico y el sentido crítico.
- Hay un cambio en su forma de ser debido a la conciencia de saberse diferente, lo que trae como consecuencia nuevas necesidades: intimidad, autorrealización, autonomía, seguridad y aceptación.
- La crítica forma parte de su inseguridad, ya que la aceptación es una de sus necesidades primordiales.
- La rebeldía, la cual implica una inconformidad a la idea de subordinación contenida en la noción de obediencia.
- Falta de voluntad y poco compromiso para realizar lo que se propone.
- El adolescente se convierte en un demandante de derechos, pero un delegador de obligaciones.
- La libertad es para los adolescentes sinónimo de independencia para lo cual piden una ausencia de limitaciones o condicionamientos externos, aún en situaciones de mayor permisividad seguirán pensando que no son libres.

Lo anterior da un esquema de los importantes cambios que suceden en el ámbito psicológico del adolescente llegada la pubertad, donde su interpretación no se puede generalizar, debido a que cada adolescente y las personas cercanas a él los percibirán de manera diferente. Dichos cambios irán en función de ayudar al adolescente a adquirir una identidad y personalidad propia.

I. III ESFERA PSICOSOCIAL DE LA ADOLESCENCIA

Cambios sociales y relaciones interpersonales:

Los cambios de interacción social en el adolescente también se hacen presentes y visibles, ya que su forma de socializar ya no es la misma a cuando era niño, cuando su círculo social estaba conformado principalmente por su familia. Ahora el adolescente tiene nuevas necesidades y por lo tanto su panorama social se amplía principalmente a los amigos, ya que ellos le proporcionan seguridad. Dentro de los cambios sociales pueden considerarse los siguientes:

- El salir del núcleo familiar, lo lleva a explorar un ámbito nuevo, al cual suele idealizar, esta conducta idealista la refleja en sus relaciones interpersonales.
- Reclama su privacidad, ya que el aislamiento constituye una necesidad de espacio para integrarse al mundo de sus pensamientos.
- El despertar de la intimidad del adolescente, genera una nueva necesidad de relación social, es decir, se abre el mundo de las relaciones amorosas.
- Surge la identificación con un grupo con el cual comparte, forma de actuar, expresiones, y estilos de vida.
- Existe una ambivalencia en autoafirmación, autonomía e independencia.
- Se vuelven críticos severos en las injusticias sociales.
- Como las nuevas relaciones amorosas y de amigos, exigen nuevas necesidades, se vuelven demandantes económicos de los padres.

Relación: adolescentes y padres

El hecho que las relaciones sociales del adolescente se inclinen al grupo de amigos, no quiere decir que con su familia no se relacione, sin embargo en esta edad, dicha relación se torna más fría y distante, ya que el adolescente lucha por su independencia y autonomía para lo cual la familia es vista como un obstáculo, dicho alejamiento no es otra cosa que la respuesta a las necesidades de desarrollo. No obstante la calidad de las relaciones que existe

en el adolescente y con quien le rodea, desempeñan un papel importante en su vida, ya que determinarán en gran medida el nivel de su autoestima.

La relación familiar del adolescente se caracteriza por: una actitud antiadulta y desmitifica la figura de los padres; sin embargo esto no debe llevar a los padres a cuestionar su valor como tal ni a aumentar su severidad. Existe la presencia de sentimientos de culpa y ansiedad en el adolescente por sus continuos pensamientos relacionados con sus padres, ya que es parte de su proceso natural el cuestionar y desafiar la autoridad como medio de adaptación y deseo de entendimiento del mundo adulto.

Todos estos acontecimientos generan tensión en el adolescente al igual que en sus padres, ya que estos últimos tienen sentimientos encontrados, por un lado desean que sus hijos sean independientes y capaces de afrontar los conflictos de la vida y por el otro les resulta difícil saber que se van. Para los padres también existe un duelo, ya que sienten que pierden a su niño (a), además del dolor que implica la pérdida de su lugar del ideal de sus hijos, lugar que empieza a ser ocupado por otras figuras como los amigos, maestros o ídolos de sus hijos. Los padres deben transitar una línea delgada situada entre el deseo de dar suficiente independencia a los hijos y protegerlos de los errores que pueden cometer como consecuencia de su inmadurez.

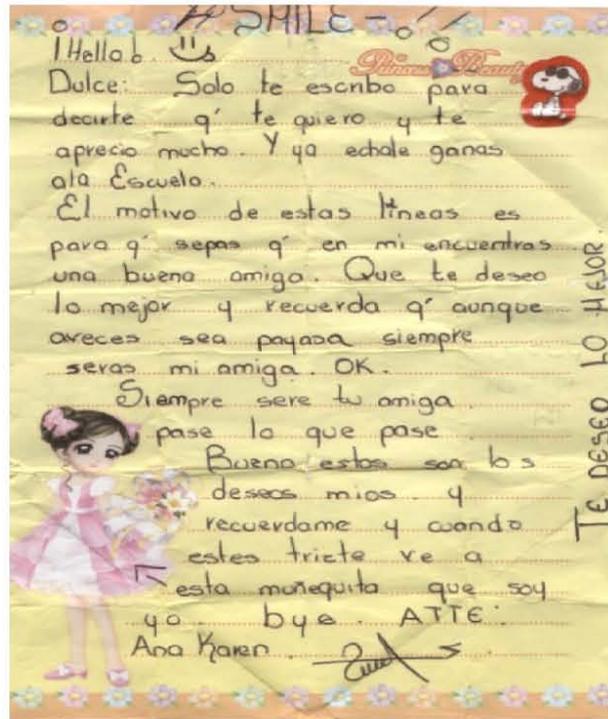
En esta etapa los conflictos familiares van a la par del crecimiento de los adolescentes hacia la búsqueda de independencia, dando como resultado una brecha generacional. Las discusiones entre adolescentes y padres tienen que ver con trabajos domésticos, escolares, vestido, dinero, salidas con los amigos, citas, valores y responsabilidades. La disminución de los conflictos en la adolescencia tardía, puede traducirse como la adaptación a los cambios momentáneos de los años adolescentes y una renegociación del poder entre padres e hijos.

Relación: adolescentes y pares

Debido a la gran parte de tiempo que los adolescentes dedican a las relaciones entre pares, estos representan un apoyo emocional casi insustituible. Ya que el adolescente se siente bien al estar con sujetos que experimentan los mismos cambios que él. Las relaciones de amistad son radicalmente diferentes a las familiares ya que son más igualitarias. Estas se basan en la elección y el compromiso. La intensidad e importancia de las amistades, el tiempo dedicado a los amigos, son probablemente mayores en esta etapa. La intimidad con amigos del mismo sexo se incrementa desde la adolescencia temprana hasta la adolescencia intermedia, después de la cual disminuye a medida que se desplaza hacia adolescentes del otro sexo.

La intimidad creciente de la amistad adolescente refleja el desarrollo cognitivo. Ahora pueden expresar de mejor manera sus sentimientos, pueden entender sin mucha dificultad los puntos de vista de otra persona y, en consecuencia, se les facilita comprender los pensamientos y sentimientos de los amigos, más aún por lo parecido que parecen sus formas de pensar. Tener un amigo en quien depositar su confianza ayuda al adolescente a explorar sus propios sentimientos, definir su identidad y descubrir su propia valía.

Ahora bien, las necesidades en cuestión de amistad no son iguales para hombres y para mujeres, para estas últimas la amistad implica intimidad, confianza en cuestiones de confidencias y apoyo emocional. Para los hombres las amistades son menos intensas en cuestión de intimidad emocional, ellos la expresan en actividad compartida, generalmente deportes y juegos cuyo ingrediente es la competencia.



Carta escrita por una adolescente de 14 años de nivel secundaria, a su amiga.

En esta etapa las relaciones sociales sin lugar a dudas colaborarán en gran medida al desarrollo psicoemocional del adolescente. La lejanía en las relaciones familiares y la importancia de las relaciones de pares en esta etapa ayudan al adolescente a adquirir su autonomía e independencia, así como también le permiten, aprender y aplicar nuevos valores.



❖ Educación y adolescencia: como parte de la esfera psicosocial

La escuela representa para el adolescente la oportunidad de ampliar sus horizontes sociales e intelectuales, esta le permite adquirir información, aplicar habilidades y dominar nuevas, participar en actividades culturales, deportivas, y artísticas, explorar su orientación profesional y conocer gente nueva, aspectos que ayudan a su desarrollo socioafectivo. Sin embargo esta percepción de la escuela no es la que tiene todos los adolescentes, de lo contrario no existiría la deserción escolar. Lo que sin duda ayuda al adolescente a fomentar esta percepción es la autoeficacia.



Existen factores que contribuyen a que el adolescente descubra su autoeficacia, como son: la intervención de los padres, la condición socioeconómica, la influencia de los pares, la calidad de la enseñanza entre otros.

En México la población estudiantil de entre 15 y 19 años de edad contemplada en el años 2000 con asistencia a la escuela fue de 4, 725,000 adolescentes, y de 1,618,000 entre los 20 a 24 años⁶, esto quiere decir, que hubo un descenso en la asistencia a la escuela, a partir del bachillerato y a nivel profesional. Sin lugar a dudas en la medida en que el adolescente encuentre apoyo académico entrada la pubertad mayor será la probabilidad de continuar sus estudios a nivel profesional.

La intervención y apoyo de los padres en la educación de sus hijos es un aspecto importantísimo en lo que aprovechamiento escolar se refiere. Los estudiantes cuyos padres se involucran en su vida escolar y siguen sus progresos, se desempeñan mucho mejor y tienen más probabilidades de continuar sus estudios a nivel profesional, que aquellos cuyos padres se deslindan de esa responsabilidad, delegándola en la mayoría de los casos a los profesores.

La condición socioeconómica, puede ser otro factor influyente en los logros educativos de los adolescentes, ligada a otros aspectos como: la dinámica familiar, el lugar o barrio donde se vive y los estilos de crianza. El lugar donde se vive determina la calidad de educación disponible y las actitudes y aspiraciones del grupo de pares en el barrio influyen directa o indirectamente en la motivación del adolescente.

⁶Fuente: México, INEGI XI Censo General de población y Vivienda, Conteo De población y vivienda 1990,1995, 2000, XII Censo General de Vivienda 2000. Tabulados de la muestra Censal. Cuestionario ampliado. 1990,1995, 2000. México 1992,1996, 2000. Recolección y adaptación por C. Est. Joel Fonseca León.



Deserción escolar en el adolescente:

Aspectos como los ya mencionados, apoyo familiar, situación económica, el lugar donde vive, la influencia de los pares, la calidad en la enseñanza, entre otros. Los aspectos anteriormente mencionados determinan la vulnerabilidad o no a la deserción escolar en el adolescente.

El factor más importante es el “compromiso activo”, que es el grado de participación del estudiante en la enseñanza.⁷ Dicha participación puede verse reflejada en: llegar puntual a clases, poner atención y participar en clase, obedecer las normas escolares, participar en actividades extraescolares, etc., todo ello puede contribuir a disminuir la posibilidad de deserción escolar. No hay que perder de vista que la deserción escolar trae como consecuencias en la población joven: desempleo, mala calidad de vida debido a los bajos ingresos, consumo de drogas, delincuencia, entre otros.

Según la SEP en México el porcentaje de deserción escolar entre los años 1996 a 2002, ha disminuido, siendo el porcentaje más alto a nivel profesional técnico con un 29.8% en 1996, cifra que disminuyó en el 2002 a 23.0%, el segundo lugar de deserción escolar fue a nivel bachillerato con un 18.1% en 1996 y con un 15.1% en el 2002, a nivel secundaria se habla de un 8.9% en 1996 y de un 6.9% para el 2002. Dichos niveles, secundaria, profesional técnico y bachillerato corresponden a la edad adolescente entre los 11 y 18 años, siendo los hombres quienes desertan con mayor frecuencia⁸

La deserción escolar puede provocar a la larga frustración, sentimiento de culpa y hasta vergüenza; otras veces la deserción escolar llega a inducir al adolescente a buscar otros espacios de entretenimiento que en su mayoría suelen ser negativos, tales como visita continua a los “antros”, socialización en grupos delictivos y también adictivos. Pero la deserción simbólicamente representa una renuncia que más adelante puede implicar el duelo del “sueño

⁷ Diane E. Papalia, et al, *Desarrollo Humano*, Mc Graw hill, p. 440.

⁸ Fuente: México, SEP. Indicadores Educativos. Subdirección de Análisis Estadístico y Presupuestal, 2000 y 2003. México, D.F.

de superación profesional” no cumplido y muerte del tiempo irrecuperable y perdido.

❖ **Actividad laboral en la etapa adolescente: otra parte de la esfera psicosocial**

Ya se hablo de aquellos adolescentes cuyo interés se orienta a continuar su educación profesional, de aquellos que desertan de la escuela, pero ¿Qué pasa con aquellos que contemplan el trabajo como una alternativa de crecimiento económico y de desarrollo personal? ¿Es el trabajo para el adolescente realmente una necesidad económica o es un satisfactor personal?

Hay que tomar en cuenta que durante la adolescencia la sensación de bienestar depende de la participación en las actividades sociales, por lo que es importante conseguir dinero para poder formar parte de ellas. Es aquí donde el adolescente se crea la necesidad de obtener ingresos para poder satisfacer dichas necesidades, como el ir al cine, asistir a fiestas, invitar a salir a su novia (o), ir a excursiones, comprar ropa y zapatos de moda, participar en actividades extraescolares, entre muchas otras actividades sociales, por lo que se hace necesario buscar un empleo que le permita satisfacer esas necesidades.

Si el trabajo da al sujeto una identidad propia (estatus, prestigio, relaciones sociales), se habla entonces de que el trabajo puede ayudar al joven a tener un mejor manejo del dinero, desarrollar mejores hábitos de trabajo, asumir responsabilidades y aprender a relacionarse con personas de diferentes edades, le permite además mejorar su autoconcepto, mejorar su sentido de competencia, lograr su independencia de los padres y estatus frente a los pares, puede guiarlos vocacionalmente, etc. En ocasiones al conocer lo difícil que es el campo laboral y saber que no están preparados les ayuda a continuar sus estudios.



Por otro lado hay que tomar en cuenta los motivos que tiene el adolescente para incorporarse al área laboral. No es lo mismo que el adolescente trabaje por decisión propia a que trabaje por necesidad, se habla aquí de situaciones económicas bajas, el unirse a una pareja y responsabilizarse de un hogar y/o hijos, lo cual definitivamente marca la diferencia entre la decisión de dar prioridad a las actividades escolares o a las laborales.

Ahora bien, la población joven en México representa una parte importante de la fuerza productiva. La frecuencia más alta para el inicio laboral se da en el período entre los 15 y 19 años, aunque una proporción considerable de las y los jóvenes comienza a trabajar de los 12 a 14 años y otros, antes de los 12 años. Por lo que grupo adolescente de 12 a 19 años tuvo un porcentaje del 28% en el 2000 dentro de la población económicamente activa según el INEGI.⁹

El trabajo en sí es un factor que influye en el desarrollo psicosocial del adolescente, ya que este le permite no solo ser parte de las exigencias sociales propias de esta edad, sino también integrarse a la actividad económica, obtener un status y en ocasiones ampliar sus horizontes. Por lo tanto la decisión del adolescente de trabajar o no, depende tanto de las necesidades familiares como de las personales.

I. IV TRASTORNOS FISIOLÓGICOS MÁS COMUNES EN LA ADOLESCENCIA

La salud es uno de los principales elementos a considerar cuando se habla de calidad de vida. Tanto la salud física como la psicológica son aspectos complementarios en el desarrollo biopsicosocial del adolescente, más aún cuando hablamos de salud, no como la ausencia de enfermedad, sino como el estado de equilibrio físico, social y psicológico de una persona. En el

⁹ INEGI. Dirección General de Estadística. Dirección de Estadística de Corto Plazo. Encuesta Nacional de Empleo Urbano Recopilación y adaptación por Coord. Est. Joel Fonseca León.



adolescente se cree que la salud es más estable, sin embargo hay que observar que si bien en la adolescencia no se presentan muchas anomalías, estas pueden presentarse en la edad adulta pero generarse en la adolescencia.

Más de la mitad de las personas jóvenes en México (62%) no están inscritos en ningún sistema de seguridad social según la CONAPO, es decir no son derechohabientes de ninguna de las instituciones de salud como el IMSS, el ISSSTE o la Secretaría de Salud. Lo cual debería representar una preocupación por parte de las instituciones de salud y de atención a la juventud. De los jóvenes derechohabientes (sólo 37.5% del total de los jóvenes), 82% es atendida por el IMSS, 10.3% por el ISSSTE, 5.4% por instituciones públicas y paraestatales y 1.9% por otro tipo de instituciones.

Debido a que los problemas de salud son consecuencia del estilo de vida o de la pobreza, las consecuencias de estos repercuten en la salud física y psicológica del adolescente. Por lo tanto la salud del adolescente debe ser integral, los siguientes aspectos nos dan un panorama de los factores a considerar al hablar de la salud adolescente.

❖ Accidentes y factores de riesgo en los adolescentes

En cuestiones de salud se habla aquí de los accidentes, ya que estos forman parte de un serio problema de salud, sobre todo de salud pública. La OMS ha definido el accidente como “un suceso fortuito del que resulta una lesión reconocible”. El 58.48% del total de las defunciones en los adolescentes son causadas por accidentes. Los accidentes se pueden agrupar según el lugar en que suceden en 1) accidentes en el hogar; 2) en sitios de trabajo, escuelas o lugares de reunión en general; 3) en la vía pública¹⁰. En los adolescentes los accidentes de tránsito son los más recurrentes.

¹⁰ Manuel, Sánchez Rosado, *Elementos de Salud Pública*, 2ª Edición, Ed. Méndez. México, 1994, p. 116.



Los adolescentes son una población, que difícilmente miden el peligro, actúan según sus impulsos y no se percatan de las consecuencias de estos. Es por ello que los accidentes pueden ser una causa de invalidez o muerte en el adolescente, no obstante hay que hacer énfasis en las repercusiones que estos traen en la salud física y psicológica de esta población. Un accidente que tenga como resultado la pérdida de la integridad física en esta edad frustraría indudablemente la percepción de sí mismo, ya que a esta edad la imagen física es un medio de seguridad para el adolescente.

❖ **Adicciones en los adolescentes**

La droga es una sustancia que produce cambios fisiológicos, emocionales y del comportamiento. Existen diversos conceptos para referirse al uso de las drogas, como toxicomanía, narcomanía, adicción, drogadicción, y la más reciente farmacodependencia. En 1969, la OMS, utilizó el término farmacodependencia definiéndolo como “el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción de un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible a tomar el fármaco en forma continúa o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces evitar los malestares producidos por la privación”¹¹.

Según la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998¹², hecha a adolescentes de entre 12 y 17 años, los índices de consumo de sustancias en esta edad fue de 3.57% en los varones y 0.6% en las mujeres que habían usado una o más drogas excluyendo el tabaco y el alcohol; 2.14 de hombres y 0.45% de mujeres lo habían hecho en los doce meses previos a la encuesta. Siendo la marihuana la más usada (2.4 y 0.45%), seguida por los inhalables (0.08 y 0.20%) y la cocaína (0.99 y 0.22%) por hombres y mujeres respectivamente.

¹¹ Idem, p. 193.

¹² Consejo nacional contra las adicciones, Encuesta Nacional de Adicciones, 1998, México D.F. Secretaría de Salud, 2000.

El consumo de drogas comienza cuando los niños pasan de la escuela primaria a la escuela secundaria, donde encuentran nuevos amigos y son más vulnerables a la presión de los pares. Los adolescentes entre 10 y 15 años consumen con más frecuencia, cigarrillos, cerveza e inhalantes que la marihuana o drogas más fuertes. El alcohol, la marihuana y el tabaco, son las tres drogas más populares para los adolescentes, en ocasiones se denominan “drogas de entrada”, porque su consumo a menudo conduce a otras sustancias adictivas como la cocaína y la heroína.

Si bien son muchos los factores que intervienen en la farmacodependencia, es importante poner atención en que los principales pueden ser: la personalidad del adolescente, al ser o no vulnerable a las presiones, al ser capaz de controlar sus impulsos e incluso su curiosidad; la influencia de la familia, como factor predisponente a dicho consumo, por situaciones de la dinámica familiar (incomprensión, falta de comunicación, violencia, padrastros, abandono, falta de recursos económicos, etc.); fracaso académico o poco compromiso educativo, rechazo de los pares, asociación con consumidores de drogas, alineación y rebeldía, los pares como ejercedores de presión moral y la publicidad, siendo este último aspecto el que a través de películas, revistas, comerciales y juegos, crea en los jóvenes, una idea equivocada de que el consumo de fármacos (alcohol y tabaco) da prestigio y superioridad, aspectos que en el adolescente son importantes debido a su búsqueda constante de aceptación e identidad, aspectos que hacen a esta población vulnerable al consumo de drogas.

❖ **Ejercicio de la sexualidad en la adolescencia**

Es en la etapa de la adolescencia donde se presentan las primeras manifestaciones de sexualidad, los adolescentes comienzan por explorar su propio cuerpo, y posteriormente buscan tener una pareja, para poder experimentar caricias las cuales representan un contacto superficial. En la adolescencia la relación sexual heterosexual completa es más frecuente de lo que los adultos piensan, sólo que es de carácter exploratorio, de aprendizaje,



más que de función procreadora o de complementación afectiva. El adolescente busca satisfacer sus necesidades sexuales, conocer y aprender sin involucrar los sentimientos.

Una gran cantidad de jóvenes mexicanos inicia su actividad sexual en la adolescencia. Los hallazgos de investigaciones cualitativas¹³ en el país confirman que el inicio de la vida sexual es una de las experiencias más significativas en la trayectoria de vida, un acto que está fuertemente influido por el género, los valores personales y las creencias. De acuerdo con la Encuesta Nacional del Instituto Mexicano de la Juventud (2000), el 54.9% de los jóvenes entre 12 y 29 años ya han tenido relaciones sexuales, de estos, el 59.6% son hombres y el 50.6% mujeres. De esta proporción el 21% tuvo relaciones sexuales antes de los 20 años.

Ahora bien, el ejercicio de la actividad sexual en la adolescencia hace énfasis a temas particulares pero que forman parte de un mismo aspecto, la sexualidad, en la cual se incluye: la actividad sexual precoz producto del acoso sexual o violación, las enfermedades de transmisión sexual (ETS), el embarazo, el aborto y el uso de los anticonceptivos.

La curiosidad, la presión que ejercen los amigos, el no sentirse fuera de lugar con ellos o compañeros que ya tuvieron relaciones sexuales, son factores que hacen que el tener relaciones no implique un problema para los adolescentes, el problema radica en que la gran mayoría no ejerce una sexualidad responsable, ya que dentro de sí, piensan que son infértiles e inmunes. Lo anterior explica la causal por la que un adolescente decide iniciar su vida sexual pero ¿Qué pasa con aquellos cuya **sexualidad** se inicia de manera **precoz, por causa de acoso sexual o violación**? En este sentido es necesario no sólo reconocer las afectaciones de dichos acontecimientos a nivel sexual, sino también a nivel psicológico y social. Debido a que la sexualidad,

¹³ Beatriz, Mayén, et. al. *Género y embarazo entre jóvenes*. MEXFAM, AFLUENTES, INSAD, México, 2002.



sigue siendo hasta cierto punto un tema tabú, para el cual los jóvenes continúan teniendo una limitación al hablar, saber y ejercer su sexualidad, el abuso sexual y la violación son temas aún más restringidos que en la mayoría de los casos se enfrentan como secretos, donde el dolor, el miedo y la vergüenza son sentimientos que obligan al adolescente a guardar silencio. Esto repercute en su sexualidad ya que viene a interrumpir su inocencia y a acelerar su actividad sexual. Dichos sucesos también representan duelos, por la inocencia y la virginidad pérdidas, ya que la sexualidad es un aspecto que los adolescentes suelen idealizar en muchos aspectos de su vida, por lo tanto sus ilusiones a futuro también se ven afectadas por dichos acontecimientos, además de implicar otras consecuencias como lo son: embarazos y niños no deseados, alto riesgo de adquirir ETS, Síndrome de Trastornos de Estrés Post-Traumático, embarazos repetidos, de asaltos sexuales en la adultez y conducta promiscua años después de la violación única o repetida, especialmente cuando son intrafamiliares y crónicas.

Como ya se menciona otra de las principales problemáticas de la actividad sexual en la adolescencia, son las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), las cuales han ido en aumento entre la población adolescente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que en México ocurren anualmente siete millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual curables: tricomonas, clamidia, gonorrea y sífilis. El VIH/SIDA es la tercera causa de muerte entre los hombres de 25 a 34 años de edad y la sexta entre las mujeres de esa misma edad. Tomando en cuenta el largo período de incubación del virus puede afirmarse que la infección suele ocurrir durante la adolescencia y juventud, etapa en la cual deben concentrarse los esfuerzos de la prevención¹⁴. Una enfermedad de transmisión sexual como el SIDA, por ejemplo, en la edad adolescente puede implicar duelos difíciles de afrontar, duelos por la salud pérdida, por las ilusiones no consumadas y el duelo por el miedo a la discriminación, cuando para el adolescente la aceptación de los demás es un terreno por conquistar.

¹⁴ Registro Nacional de Casos de SIDA. CENSIDA. Junio, 2003



❖ Embarazo en jóvenes adolescentes

La actividad sexual en los adolescentes trae consigo muchos riesgos, el embarazo como ya se mencionó, es otro de ellos, sobre todo por las implicaciones que trae consigo a esta edad, debido a que la mayoría de los embarazos adolescentes no están planeados, (producto de la falta de uso de preservativos al tener actividad sexual o de abuso sexual) ya que el adolescente no está física, psicológica ni económicamente preparado para adquirir la responsabilidad de hacerse cargo de un hijo. La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁵ considera como embarazo adolescente o temprano, aquel que ocurre entre los 15 y los 19 años de edad, y señala que la maternidad adolescente es considerada de alto riesgo. Además, debido a la inmadurez fisiológica, aumenta el riesgo de que la mujer pierda la vida durante el embarazo o el parto, lo que constituye una causa de inequidad social.

Con frecuencia, los embarazos en la adolescencia no tienen buenas expectativas. Las madres adolescentes en su mayoría son de bajos ingresos económicos, con baja instrucción y con estados de salud desfavorables, tomando en cuenta que puede estar todavía en desarrollo su cuerpo este puede competir con el feto en desarrollo también por los nutrientes, situación que puede traer complicaciones durante y después del parto e incluso provocar un aborto o la muerte.

El embarazo adolescente en cualquier contexto constituye para la mujer en condiciones sociales desventajosas, una carga adicional que limita sus posibilidades de desarrollo o, cuando menos, le asigna una carga de responsabilidades mayor y refuerza su carácter dependiente, en la medida en que el ejercicio de la maternidad le impide cumplir otros roles individuales.

Si el padre también es adolescente, con frecuencia tiene bajo desempeño escolar, altas probabilidades de deserción escolar e ingresos limitados, lo que

¹⁵ Organización Mundial de la Salud, Primer informe sobre la violencia y la salud, Octubre del 2000.



evidencia que el embarazo en la adolescencia y la deserción escolar no son problemas aislados. Estos factores desfavorables aunados a su inmadurez y a la carencia de habilidades de crianza, lejos de afectar directamente al adolescente afectan también a sus hijos.

De acuerdo al CONAPO el embarazo en mujeres de 15 a 19 años ha disminuido junto con el incremento de uso de métodos anticonceptivos. Sin embargo, continúan disparidades que se asocian a la desigualdad social y económica. En números absolutos se pasó de 450 000 nacimientos de madres adolescentes en 1995 a 366 000 en el 2000¹⁶. La proporción de nacimientos antes de los 20 años es de 17% del total de nacimientos en el país. Para el año 2000, una de cada catorce mujeres se embaraza antes de los 20 años.

En el embarazo hay que tomar en cuenta, la situación económica, la instrucción, la salud, la educación sexual, las expectativas de vida, entre otros factores. Sin embargo existe otro factor a considerar, el estado civil, no es lo mismo hablar de una adolescente madre soltera, de aquella que vive con su pareja ya sea por unión libre o matrimonio. Las adolescentes madres solteras, lo son en su mayoría por abuso sexual o porque su pareja adolescente también, no se sintió con la capacidad de compartir las responsabilidades económicas y de crianza, por lo tanto la adolescente tiene que prepararse física y psicológicamente para adquirir sola o con el apoyo familiar, la nueva responsabilidad y superar además la decepción de haber sido “abandonada” o “engañada”. Duelos que se viven por la pérdida del objeto perdido, que en este caso es la pareja emocional, por la pérdida de libertad, ya que la joven ahora tiene que anteponer sus obligaciones de madre a sus necesidades, así como también la renuncia al papel de hija protegida por sus padres, protección que ahora ella, aún inmadura tendrá que proporcionar a su hijo. Las mujeres jóvenes que viven en unión libre o en matrimonio, a pesar de su inmadurez tienen mayores probabilidades de adquirir de manera más llevadera sus nuevas responsabilidades (madre y esposa), debido a que se sienten

¹⁶ CONAPO, V Informe de avances del Programa Nacional de Población 1995-2000. México, 2000.

acompañadas en dicho proceso de acoplamiento y en la mayoría de los casos su pareja lo comparte.

❖ **Aborto en adolescentes**

El embarazo adolescente es un tema íntimamente ligado al aborto en dicha población. En México las adolescentes de entre 15 y 19 años de edad representan el 21.6% de las mujeres que acuden a los hospitales de la Secretaría de Salud en el Distrito Federal, para atenderse a causa de un aborto, ocupando el segundo lugar de incidencia de abortos en el país detrás de las mujeres de 19 a 24 años.

El Programa Nacional de Salud Reproductiva señala que el 10.5% de las jóvenes entre 15 y 24 años se han practicado un aborto, corriendo el riesgo de morir a consecuencia de una deficiente atención médica. El aborto provocado es un problema social, sus causas son habitualmente psicosociales y las consecuencias de sus complicaciones son médicas. Las principales causas de aborto en la población adolescente son: embarazo no deseado, falta de apoyo de la pareja y/o familia, bajos recursos económicos, sentimiento de incapacidad de la adolescente para enfrentar la responsabilidad y nivel educativo pobre. En este sentido el aborto por si mismo implica un duelo, cuando se habla de aborto espontáneo, por la pérdida del bebe y por la maternidad no consumada, en el caso del aborto inducido, por el sentimiento de culpa generado por la muerte provocada al feto.

❖ **Anticonceptivos y adolescentes**

En lo que a educación sexual se refiere, no se habla únicamente de que el adolescente conozca su cuerpo, lo cuide y lo respete, sino también de tener la información necesaria para evitar tanto las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), como el embarazo, es decir, que aprenda a ejercer su sexualidad con responsabilidad, para lo cual el uso de anticonceptivos es una herramienta necesaria para contrarrestar dichas consecuencias en adolescentes sexualmente activos.



Al hablar de anticoncepción, se habla también de planificación familiar, lo cual sin duda alguna van de la mano. En la población adolescente es importante que existan alternativas de planificación familiar. Hoy en día existen varios métodos de planificación. Según la CONAPO, institución que “considera a las mujeres de 15 y 24 años de edad, sostiene que el principal método que usan es el DIU (42.1%), seguido de los métodos naturales (16.3%), las pastillas (15.6%), las inyecciones (9.7%), los condones (8.7%) y la esterilización femenina (6.7%)”¹⁷.

No obstante los anticonceptivos son una buena medida para evitar el embarazo y complicaciones físicas, psicológicas y sociales en dicha población ya que un embarazo, un aborto o una enfermedad de transmisión sexual sin temor al error traerá problemas en el desarrollo biosicosocial del adolescente.

Los temas anteriormente mencionados permiten dar un panorama de los indicadores a considerar para el estudio de la población adolescente, el objetivo es conocer la etapa como tal, para poder contar con las bases que permitan un estudio más específico en dicha población con aspectos de interés en el presente trabajo.

¹⁷ México, CONAPO, Situación actual de las y los jóvenes en México. Diagnóstico sociodemográfico, serie de documentos técnicos, CONAPO, México, Noviembre, 2000.



CAPITULO II

TANALOGIA, ADOLESCENCIA Y FAMILIA



II. I ADOLESCENCIA Y LA INFLUENCIA DEL AMBIENTE FAMILIAR EN SU DESARROLLO BIOPSIOSOCIAL.

LA FAMILIA

El hombre como ser social, se ha agrupado principalmente por factores esencialmente de reproducción y protección. Su naturaleza le obliga socializar con otras personas para poder satisfacer sus necesidades. La familia es por lo tanto el primer espacio social, se convierte en la primera institución socializadora, es la fuente que proporciona al ser humano todos los elementos para que pueda desarrollarse física, mental y socialmente.

La necesidad de dar un concepto de familia, lleva a configurar varias definiciones, debido a que su análisis bajo diferentes perspectivas, en un afán de comprender el comportamiento humano al vivir en sociedad, permiten darse una idea del papel fundamental de la familia a nivel individual y colectivo. Ya que no se puede hablar de familia sin tomar en cuenta que el individuo siendo producto de la misma, interactúa con su entorno y este a su vez repercute en la socialización del sujeto al igual que la familia.

Concepto sociológico de la Familia

En el sentido sociológico, el estudio de la familia es de sumo interés, ya que esta es considerada como la célula básica de la sociedad. La sociología encargada del estudio de los fenómenos y realidades sociales, enmarca un estudio de la familia donde ésta forma parte de las estructuras y los cambios sociales, la sociología permite entonces analizar el núcleo familiar en contextos más amplios estudiando a ésta desde un punto de vista social.



Talcott Parsons definió a la familia como un sistema abierto, multilineal y conyugal. La familia conyugal estaría compuesta por padres e hijos y a ellos se atiende la palabra familia, en tanto a todos los miembros reunidos por condiciones de parentesco los denominó *parientes*.

Funciones de la familia

Al reconocer a la familia como foco de atención para diversas disciplinas muestra la importancia que ésta tiene debido a que funge como la cuna formadora de individuos que socialmente proyectan sus pensamientos, sentimientos, conductas y actitudes tan diversas que pensar en su estudio hace que cada ciencia adquiera el concepto de familia desde su propia perspectiva. Hay que señalar entonces, que la familia es contemplada como el más importante de los grupos sociales que la hace única principalmente por los lazos afectivos y de pertenencia que se generan en ella.

Por lo tanto, la familia está considerada como un grupo de pertenencia, primario, cuyos miembros están unidos mediante vínculos consanguíneos, donde se establecen una serie de lazos afectivos y sentimientos, se forjan expectativas y se aprenden y afianzan valores, creencias y costumbres. En ella se inicia y desarrolla desde temprana edad el primer proceso de socialización que va a facilitar las siguientes etapas de evolución biopsicosocial del ser humano. Por lo tanto las conductas que el adolescente aprende en el proceso de socialización temprano le servirán de fundamento y en base a ellas se van a insertar los repertorios de conductas más complejas que va a ir incorporando en sus ulteriores procesos de socialización y en las diversas áreas que le brinda su entorno, los cuales a la vez serán aplicables en etapas más avanzadas de su vida.

Las funciones de la familia intrínsecamente hablando son las siguientes:

- a) Función de la regulación de las relaciones sexuales. La familia tiene el carácter de ser reguladora de las relaciones sexuales existentes entre sus miembros, con la finalidad de que éstas estén basadas dentro de lo lícito.



- b) Función de reproducción. La unión sexual de la pareja, en la familia, tiene como finalidad la reproducción de la especie humana. Aún cuando se de el caso de que engendrar a un hijo, no cree lazos familiares. La reproducción, más que función propia de la familia se convierte en este caso en fuente de la misma.
- c) Función económica de la familia. Esta función esta a cargo de dos aspectos, como unidad productora y como unidad de consumo.
- d) Función educativa y socializadora. Son quizás las funciones más importantes por su universalidad y su trascendencia social. Es dentro del núcleo familiar donde se adquieren las normas éticas básicas de conducta, de educación y cultura, donde se moldea el carácter de los niños y adolescentes, quizá por esto es de suma importancia el papel que desempeña la familia en la función educativa y socializadora de sus miembros, para llevarlos a buen cauce ya que es determinante para la formación del hombre.
- e) La función afectiva. El hombre requiere de afecto para establecer un equilibrio emocional, psíquico, y hasta de salud corporal, y la familia es la que en forma natural provee ese afecto. Generalmente la pareja que contrae matrimonio o se une sexualmente para fundar una familia, lo hacen por el amor o afecto que se tienen y a su vez lo prodigan a sus hijos producto de su unión, así también lo comparten con sus progenitores y con todos los parientes que viven en su hogar, creando un ambiente de solidaridad y apoyo entre los miembros de la familia.

Es evidente entonces, que cuando estas funciones no se cumplen adecuadamente dentro de la familia se presentan problemas, tanto en el crecimiento como en la maduración de sus miembros. De aquí la importancia de las funciones de la familia para formar adolescentes con mayores habilidades y destrezas que le ayuden a adaptarse a un medio social dinámico y cambiante, individuos con una mayor capacidad socializadora y una personalidad más ajustable a las presiones sociales. Estos sujetos interactúan con su medio social de una manera más

estable, ya que toda relación interpersonal del sujeto implica que éste sea capaz de adaptarse a los roles y funciones que la sociedad y la misma familia le imponen.

II. II LA FAMILIA COMO SISTEMA

Para hablar de familia como sistema, es necesario hablar de lo que es un sistema, tomando en cuenta la *Teoría general de los sistemas*. La teoría general de los sistemas, fue concebida por Ludwig Von Bertalanffy¹⁸, en la década de los 40's, éste era profesor de biología y trabajaba con la organización de multitud de seres vivos. Estudiando estos, se dio cuenta de que todo principio utilizado para la explicación de cómo se relacionaban estos seres, podía aplicarse a la explicación de la organización y relación del sistema familiar como representante de un sistema más amplio: el social.

Comenzó a utilizar para su explicación elementos como: organización, totalidad, organización dinámica, interrelación; y conceptualizó el sistema como: “conjunto de interacciones formalizadas entre elementos que tienen una historia común, se han ligado en el tiempo, diferenciándose de su entorno, a la vez que participan en el y con él, cerrando su propio contexto. Sus elementos, no solo interactúan entre sí, sino que lo hacen con el medio en el que están insertos. Sistema es, por lo tanto, una totalidad, que funciona por la interdependencia de sus partes entre sí y con otros sistemas que lo rodean”.

Los sistemas pueden ser cerrados o abiertos. En los primeros no hay intercambio, entre sus integrantes no existe comunicación con el exterior, no existe el intercambio de vivencias, basan en él su estabilidad como grupo, negando de esta manera el significado de la relación, tanto con el exterior como al interior. El sistema familiar abierto está abierto hacia el sistema social que le impone sus

¹⁸ www.teoriasistemas/bertalanffy



normas y que determina alguno de sus valores fundamentales, así como también es capaz de aceptar cambios y modificarse según sea necesario.

Para Lauro Estrada Inda¹⁹ la familia es un sistema compuesto por subsistemas, donde cada subsistema está ubicado en su propio nivel, posee funciones que su sexo y edad determinan y plantea demandas específicas a sus miembros:

- Conyugal. En los que se ubica la pareja. En donde se cumplen funciones de desarrollo individual y de pareja, tomando en cuenta factores como la historia de la familia de origen, el noviazgo, el ciclo vital, roles conyugales, la comunicación, valores, expectativas, límites, subcultura, entre otros.
- Parental. Compuesto por padres e hijos, tutores, padres sustitutos o hijos adoptivos. Se toman en cuenta aquí la dinámica de las negociaciones, límites, normas, comunicación, roles, relacionados con el ciclo vital.
- Fraternal. Compuesto por los hermanos, hermanastros y/o hermanos adoptivos. Se contempla como el primer nivel de socialización, donde los pares tienen una jerarquía derivada de lo parental, el aprendizaje se muestra en el juego, en conciliaciones, relaciones, cooperativismo y obediencia.

Desde esta perspectiva, la familia se considera un sistema dinámico, compuesto de subsistemas en constante interacción. Todo este complejo interactivo pertenece, a la vez, a un sistema mayor (el sistema social), con el que mantiene una relación simbiótica mediante la entrada y salida de información de un sistema a otro permitiendo a ambos permanecer en equilibrio constante. La familia es por tanto un grupo natural con historia propia, un pasado y un futuro a descubrir, para llegar a éste, la familia mantiene viejas normas y establece nuevas para poderse adaptar a los cambios.

¹⁹ Lauro, Estrada Inda, *El ciclo vital de la Familia*, México, Grijalbo, 1997, p.14.



❖ La familia como sistema abierto

Tomando en cuenta que la familia no es un grupo social aislado a los demás existentes, ésta a la vez que genera individuos capaces de socializar con su medio, es capaz de captar lo que recibe del exterior, como resultado de la interacción de sus miembros con la sociedad, para asimilarlo y expresarlo en su dinámica interior.

Se dice entonces que la familia es un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí por regla de comportamientos y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí y en el intercambio con el exterior. Considerado un sistema porque en ella se superan y se articulan los componentes individuales y abiertos porque intercambian materiales, energía e información con su ambiente.

La familia como sistema abierto se convierte en una unidad funcional para sus miembros. Al ser abierto, el sistema permite el desarrollo y el bienestar de sus componentes. Lo cual se consigue por el constante intercambio que se produce entre el sistema familiar y el exterior, permitiendo que cada miembro incorpore a su repertorio formas nuevas de moverse, a la vez que se realizan las funciones y tareas correspondientes a su etapa evolutiva. El resultado final es un verdadero estado emancipador de sus miembros otorgando un grado de independencia con respecto de las condiciones iniciales de la formación del sistema. Así se asegura un grado de éxito a sus miembros a la hora de tener que interactuar con otros sistemas, con grados de complejidad mayor.

El sistema desde la teoría de la comunicación de los trabajos de Watzlawick, Beavin y Jackson²⁰ están basados en el concepto de sistema internacional en la teoría de los sistemas generales. La familia es entonces un sistema estable: “si alguna de sus variables tienden a manifestarse dentro de límites definidos”. Estos

²⁰ P. Watzlawick, J. H. Beavin, Don D. Jackson, *Teoría de la comunicación humana*, Buenos Aires, tiempo Contemporáneo, 1971.



autores aplican, a la familia como sistema abierto, las siguientes propiedades de los sistemas generales abiertos:

- a) **Totalidad y su corolario:** la familia no es sólo la suma de sus miembros, sino que todos ellos forman un sistema donde una modificación de uno induce la del resto, pasando el sistema de un estado a otro.
- b) **Homeostasis:** define la estabilidad del sistema o su estado de equilibrio y la corrección y vuelta al estado inicial o también la desviación, cada vez mayor, de éste estado. Cuando la relación entre las partes no es de sumatividad sino de circularidad, esto es, cuando cada parte modifica a la otra, se describe a la propiedad de homeostasis como realimentación: el sistema tiene mecanismos para volver al estado inicial de equilibrio, pero se puede incrementar el equilibrio en el sentido del desarrollo o la patología.
- c) **Equifinalidad:** propiedad de los sistemas abiertos por la cual su estado está determinado por la naturaleza de la relación y no por sus condiciones iniciales, de manera tal, que distintas condiciones iniciales pueden llevar un mismo estado del sistema.
- d) **Calibración:** término introducido por Bateson. Nótese que el hábito es, en general, un método económico de solventar problemas familiares, sustituyendo la calibración por la realimentación. La regulación por calibración es equivalente y se constituye por las reglas que gobiernan la estabilidad del sistema. La regulación por calibración consiste en el pasaje del sistema de un estado a otro. Se le puede comparar también con el modelo del termostato. La temperatura de una habitación puede estar regulada por un termostato calibrado para una determinada temperatura. En esa temperatura los ascensos y descensos del exterior serán regulados por realimentación, por lo que se puede fijar la temperatura o se puede manejar por autorregulación. Hay que tener en cuenta que la calibración es un mecanismo de estabilización.



En este sentido sería absurdo considerar a la familia como un sistema cerrado en la medida que el sujeto, la familia y la sociedad interactúan entre sí, en un todo que cambia y se transforma constantemente. La familia entonces se encuentra entre un macrosistema (sociedad) y un microsistema (individuo).

Por último se puede decir que la familia como sistema, vive en el tiempo mediante oscilaciones periódicas, pasando de estados de estabilidad a estados de crisis. Las normas y reglas, a la vez que su estructura, son quebrantadas por todo el sistema, apareciendo nuevas estructuras más flexibles e idóneas para adaptarse a los cambios. Todo esto le permite crecer y desarrollarse en el tiempo.

En este sentido, por ejemplo, cuando la familia vivencia la pérdida de uno de sus miembros, el sistema se ve alterado; esta alteración del sistema requiere en algún momento de un ajuste, dado que la persona que se separa del sistema desempeñaba funciones que no se pueden dejar de realizar y que probablemente realicen otras personas, de igual manera sucede con las relaciones, las cuales serán sustituidas por otro tipo de relaciones.²¹ Por lo tanto la familia se desajusta en su estructura, sus roles, autoridad, límites, etc, la capacidad de reajuste depende en gran medida de la funcionalidad o no de la familia. Entra aquí otro factor importante, la estructura familiar.

II. III TIPOS DE FAMILIA

La familia puede ser clasificada de forma variable, dependiendo de diversos factores, que pueden ser, sociales, económicos, políticos, religiosos, jurídicos, históricos, etc. Sin embargo la clasificación que aquí se hace, para interés del trabajo, tiene que ver en base a su estructura y composición.

²¹ Marco Antonio, Polo Scott, *Tanatología y duelo con enfoque gestalt y humanista*, mc, México, 2004.

En base a su composición o estructura la familia puede ser²²:

- **Familia Conyugal o Nuclear.** Es un grupo compuesto por una pareja de ambos sexos los cuales viven bajo el mismo techo y mantienen una relación socialmente aceptada, que incluye a los hijos procreados o adoptados por dichos cónyuges.



- **Familia Extensa.** Formado por padre, madre, hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos de adopción o afinidad.



²² Pablo Monrroy, Tesis que para obtener el título de licenciado en Trabajo Social, *El genograma como instrumento esencial en la evaluación familiar para trabajo social*, México 2004, ENST-UNAM.



- **Familia Compuesta.** Además de los que incluye la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como es el caso de amigos.



- **Familia binuclear o reconstruida.** Son familias en las que uno de los cónyuges o ambos son divorciados, conviviendo en el hogar hijos de distintos progenitores.
- **Familia monoparental.** Esta constituida por un solo cónyuge y sus hijos.
- **Equivalentes familiares.** Se trata de individuos que viven en el mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional, como parejas de homosexuales estables, grupos de amigos que viven juntos o en comunas, religiosos que viven fuera de su comunidad, personas que viven en residencias, asilos, casa hogar, entre otros.

En base a su integración la familia puede ser:

- Familia integrada. En la cual los cónyuges viven y cumplen sus funciones.
- Familia semi-integrada. En la cual los cónyuges viven juntos, pero no cumplen adecuadamente sus funciones.
- Familia desintegrada. Es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono.



II. IV CICLO VITAL DE LA FAMILIA Y SU RELACIÓN TANATOLÓGICA

Se puede dar por hecho que cada familia es un sistema diferente y existen ciertas particularidades que permiten obtener un panorama más general de ciertas características que se presentan en los diferentes sistemas familiares, dichas características están basadas en el ciclo que cada familia debería transcurrir a través del tiempo.

La idea de ciclo vital en una familia, se refiere a aquellos hechos que están ligados a la historia de los miembros de la familia, como es el nacimiento y la crianza de los hijos, la partida de éstos del hogar, la vejez y la muerte. Estos hechos producen cambios a los que deberá adaptarse la organización formal o simbólica de una familia, e implica reorganizar roles y funciones. El curso vital de una familia evoluciona a través de una secuencia de etapas bastante previsibles, pareciera que bastante universal, pese a todas las variaciones culturales.

No hay que perder de vista que si bien cada familia es un mundo, las condiciones políticas, económicas y sociales de la actualidad aunadas a la cultura, costumbres y creencias de cada familia, determinan de manera trascendente y única, la manera en que cada familia enfrenta las diferentes etapas de su ciclo vital.

Cada etapa es asumida de manera distinta por los miembros de la familia, puesto que cada etapa es sinónimo de cambio, lo que representa para unos no lo representa para otros, así pues, es necesario conocer de que manera dichos cambios influyen en el desarrollo biopsicosocial de cada miembro familiar, y como esto puede implicar o no, una familia disfuncional. Enrique Di Carlo,²³ dice que las familias recorren un proceso de desarrollo, de ahí que el sufrimiento o los síntomas psiquiátricos aparecen cuando este proceso se perturba, establece que las crisis vitales o cambios, se dan a través de:

²³ Enrique Di carlo, et/al. *La construcción social de la familia*, Grupo EDEM, Mar de Plata, Argentina, 2002.

- Casamiento
- Nacimiento
- Fallecimiento de un ser querido
- Divorcio
- Crecimiento paulatino de los hijos
- Emancipación

Para K. Eia Asen²⁴, el termino ciclo es, la “rueda” de la vida familiar que gira de manera interminable conectando a las distintas generaciones. La familia atraviesa por diferentes fases en las cuales las relaciones entre padres, cónyuges y hermanos se reacomodan, donde la unión y la separación entre los miembros se da de la siguiente manera:

Los miembros se unen por:

- Nacimiento
- Adopción
- Noviazgo
- Matrimonio

Los miembros se van mediante:

- Separación
- Divorcio
- Muerte

Aun cuando la clasificación de las etapas varía según el autor, existen grandes generalidades de las características de cada etapa, siendo la de Lauro Estrada Inda, la más completa, tomando en cuenta las áreas que fueron consideradas en cada etapa del ciclo vital. Lauro Estrada Inda²⁵, clasifica el ciclo vital de la familia de la siguiente manera:

²⁴ Eia, Asen K, y Piter Tomson, *Intervención Familiar, guía práctica para los profesionales de la salud*, Ed. Paidós, Barcelona España, 1997.

²⁵ Lauro, Estrada Inda, Op. Cit.



| FASE | CARACTERÍSTICAS DE LA FASE |
|---|---|
| <p>Primera Fase: Desprendimiento</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ En esta primera fase se habla de que todo desprendimiento implica dolor, sobre todo cuando se trata de relaciones emocionales significativas. ▪ El joven tiene que abandonar el hogar paterno y salir en busca de un compañero fuera de su familia. ▪ Lo que va moldeando la identidad de la nueva familia es la interacción, fusión, defusión y rediferenciación de las individualidades que forman parte de la nueva pareja. ▪ La identidad de la nueva familia incorpora parte de la propia imagen, así como parte de la de sus respectivos familiares, con lo que une algo de sí misma, a la vez que desarrolla sustancia nueva y única. ▪ Se unen no sólo dos personas, sino dos familias. <p>FACTORES QUE AMENAZAN LA FASE:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En el desprendimiento se da una parte que tiende a fijar, a detener o a regresar el proceso evolutivo a etapas anteriores. ▪ Alguno de los cónyuges tiene una firme esperanza de que es el otro quien solucionara sus problemas personales o viceversa. ▪ Otro de los factores que amenaza esta primera fase del desprendimiento: la idealización (que aparece en el noviazgo), la cual se rompe bruscamente convirtiéndose en desilusión y desengaño. |
| <p>Segunda fase: El encuentro</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aprender el rol del cónyuge ▪ Renunciar a las ganancias emocionales que proporcionan las etapas anteriores ▪ Integrar un sistema de seguridad emocional interno que incluya a uno mismo y al nuevo compañero. ▪ Lo primero que sucede en una relación de dos, es que cada uno intenta echar a andar los mecanismos ya conocidos y aprendidos en su sistema de origen. ▪ Se lleva a cabo el “contrato matrimonial”, que va a regir la vida psíquica, emocional e instrumental de la nueva pareja. ▪ El contrato matrimonial implica: <ul style="list-style-type: none"> ○ Conceptos individuales de naturaleza consciente o inconsciente que pueden ser expresadas verbalmente o en alguna |



| | |
|---------------------------------------|---|
| | <p>otra forma.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Lo que cada quien piensa acerca de sus obligaciones y deberes dentro del matrimonio, así como los bienes y beneficios que espera recibir del mismo. ○ Lo que se piensa dar y lo que se espera recibir del otro. |
| <p>Tercera fase: Los Hijos</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Llegada del primer niño, lo cual va a requerir un espacio físico y emocional. ▪ Se reestructura el contrato matrimonial ▪ Área de Identidad: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mutua responsabilidad para cuidar al bebé ○ Anclaje emocional entre ambos a pesar de la aparición del nuevo miembro. ○ Cuidados especiales para la madre y el bebé. ▪ Área de Sexualidad: <ul style="list-style-type: none"> ○ Con el embarazo y las primeras semanas de lactancia se alteran las relaciones sexuales ○ La educación sexual y la planificación familiar juegan un papel primordial ○ La función del padre es cumplir con ciertas funciones maternas para su propia esposa, antes de actuar directamente con su hijo. ○ El niño puede llegar a unir a los ancestros y a las generaciones futuras ○ Se da un “anclaje emocional”, muestra como puede desplazarse de la pareja madre-bebé a cualquier otra situación que cumpla con las condiciones necesarias, por ejemplo: volver a buscar el anclaje emocional con los padres, amigos, pasados amoríos; aparece la primera aventura extramarital. ▪ Área de Economía: <ul style="list-style-type: none"> ○ Resulta difícil acomodarse a las demandas que la sociedad impone a una familia: casa, vestido, transporte, educación, amistades y recreación. ○ Presión económica, traen como consecuencia: <ul style="list-style-type: none"> - Fricciones - Peleas - Agresiones <p style="margin-left: 150px;">} acaban con el matrimonio</p> |



| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Área de Fortalecimiento del Yo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Aprender el rol de madre al igual que el rol de padre, para intercambiar roles en caso de ser necesario ○ Capacidad para expresar su individualidad y su identidad ○ Tener cuidado de no utilizar al niño para gratificar las propias fantasías infantiles |
| <p>Cuarta Fase: La Adolescencia</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ En esta edad se representan con mayor frecuencia los problemas emocionales serios ▪ Los padres, aún cuando ya se encuentran en la madurez, se ven obligados a revivir su propia adolescencia. ▪ La edad de los abuelos es crítica; se acercan a no poderse valer por si mismos y la soledad y la muerte se avecinan, motivo de otra preocupación ▪ Posible desprendimiento, los jóvenes puedan separarse y formar nuevas parejas. ▪ Área de Identidad: <ul style="list-style-type: none"> ○ Rivalidad del padre hacia el hijo, cuando este crece más fuerte e inteligente o sentimientos de inferioridad y minusvalía si el hijo no alcanza las expectativas de los padres. ○ Demandas del hijo hacia los padres, al compararlos con sus maestros, amigos, líderes y demás modelos de identificación. ○ La madre encuentra de pronto que existen otras mujeres que tal vez ofrecen mayor atractivo y más estímulo para sus hijos, que ella misma. ○ Los hijos se van y con ellos la propia juventud ○ Necesario renovar el contrato matrimonial ○ Capacidad de expresar los sentimientos de pérdida y tristeza. ○ Es necesario que los padres acepten el cambio. ▪ Área de Sexualidad: <ul style="list-style-type: none"> ○ Madurez de la experiencia sexual, para aquellos que lograron cuidarlo. ○ Existe atracción física y sexual hacia los hijos, lo cual tampoco se pierde. ○ A algunos padres les cuesta trabajo soltar a los hijos adolescentes. ○ El joven va en busca de una persona extraña, ya que esto representa la única promesa de una nueva etapa que no |



| | |
|---|---|
| | <p>detenga el ciclo vital.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El mecanismo de saber soltar a tiempo a los hijos, debe ser una función de la familia, ambos padres deben lograrlo. ○ Se han olvidado de los roles de esposos, ya que se han dedicado exclusivamente a ser padres. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Área de la Economía: <ul style="list-style-type: none"> ○ Existe una seguridad económica, ya sea porque se logro reunir algo o porque ya no se tienen las demandas de la crianza. ○ Es posible continuar con pasatiempos que se interrumpieron, viajes que no se hicieron, conversaciones que no se tuvieron. ○ La tendencia a repetir lo pasado y añorar lo perdido, idealizarlo y recordarlo como la única forma de encontrar seguridad y felicidad. ▪ Área de fortalecimiento del Yo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Obtener ayuda y apoyo al compañero si es que se quiere lograr el cambio de roles. ○ Cuando los hijos se van, la pareja adquiere otra dimensión en el área social. |
| <p>Quinta Fase: El Reencuentro</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aparece el fenómeno llamado “Nido vacío”, que es cuando los hijos se han ido a formar otras familias. ▪ Los padres se encuentran en los 50 años de edad o más ▪ Aceptación de los nietos. ▪ Conflictos con las nuevas generaciones (brecha generacional) ▪ Los hijos y los nietos se independizan con el objeto de nuevamente formar una pareja. ▪ Como los roles de esposos se pasó a segundo término, el reencuentro es la etapa más difícil. ▪ Se tiene que encarar el pasaje de la edad madura hacia la vejez ▪ Área de Identidad: <ul style="list-style-type: none"> ○ Necesario el apoyo mutuo de los esposos. ○ Capacidad de permitirle al compañero que exprese su ser tal como es. ○ Cada quien deberá poder ejercer se derecho de ser libre. ▪ Área de Sexualidad: <ul style="list-style-type: none"> ○ Apoyo incondicional a las dificultades que produce la edad ○ Compartir la satisfacción de haber producido y ayudado a salir adelante a otra generación. |



| | |
|-----------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Área de Economía:<ul style="list-style-type: none">○ Apoyo y comprensión a los cambios que trae consigo la jubilación.○ Aceptar un manejo de menores responsabilidades, tanto en el trabajo como en el hogar.○ Aprovechar mejor el tiempo, que ahora estará más disponible.▪ Área de fortalecimiento del yo:<ul style="list-style-type: none">○ Ayuda mutua para tolerar los duelos debido a las pérdidas que se han sufrido en el transcurso de la vida y las que se avizoran en el futuro.○ Preparase a la soledad y aceptar el envejecimiento. |
| Sexta Fase: La vejez | <ul style="list-style-type: none">▪ La fuerza vital centrífuga, se vuelca hacia el viejo mismo y se traduce en asimismamiento y un despegamiento del mundo exterior.▪ Las nuevas generaciones no entienden el fenómeno▪ Se tiende a ignorar a los viejos, a sentir impaciencia con ellos o negarlos.▪ Es importante retirar los marbetes de: senilidad, inutilidad, estorbo, carga, etc.▪ El afecto a los padres y abuelos debe ser enseñado y reforzado por las instituciones y la sociedad.▪ Los viejos se sienten descalificados del juego de la vida, aparece un gran temor al futuro, generando sentimientos de fracaso, depresión y desesperanza.▪ Aparece la soledad, sobre todo la soledad interna producida por las pérdidas irremediables que se han sufrido▪ Contar con un compañero genera esperanza. |

Tomando en cuenta que todo desarrollo implica cambios, los cuales se dan a partir de un proceso, el ciclo de la familia está constituido por una serie de etapas, que pueden ser vistas como eslabones, donde cada uno es necesario para que la cadena se una en una sola, cerrando así el ciclo vital. Cada etapa en el ciclo de vida cumple su función, cuando alguna se ve interrumpida, su función se desarmoniza y el ciclo de crecimiento se distorsiona. Por lo tanto para que el hombre crezca, se desarrolle y muera, deben existir ciertos aprendizajes a lo largo de su vida, dichos aprendizajes deben ocurrir en cada una de las etapas de su vida para que exista y se manifieste un desarrollo, el desarrollo de cada etapa determinará la nueva forma de aprendizaje, el aprendizaje obtenido en cada etapa perfeccionará el siguiente y dará las bases para que la etapa posterior sea transcurrida con menores dificultades.

Es de suma importancia mencionar que el ciclo vital de la familia es también un conglomerado de pérdidas y duelos vividos por cada miembro familiar de una forma muy individual, como ya se mencionó el transcurso de cada etapa es un reacomodo de la estructura familiar, de esta manera las formas en que se une o separa la familia implican pérdidas y duelos por vivenciar en el ámbito familiar. Por otra parte hay que mencionar lo importante del ciclo vital de la familia en el desarrollo biopsicosocial del adolescente, ya que el estancamiento o retroceso a etapas anteriores traerá consecuencias en dicho desarrollo.

II. V DINÁMICA FAMILIAR

Cada familia se desarrolla de manera distinta, ya que los factores sociales, políticos, religiosos, culturales y económicos, tienen una resonancia diferente para cada una, por lo tanto las relaciones que se establecen dentro y fuera de la misma trae como resultado una dinámica familiar única. Es así como la dinámica familiar es una mezcla de sentimientos y comportamientos que actúan en cada uno de los integrantes de la familia, a partir de la influencia de los elementos que en ella se establecen e interactúan, lo que permite a cada uno de sus miembros desarrollarse de manera irrepetible física, social y psicológicamente. Dichos elementos son:



- Relaciones
- Roles
- Comunicación
- Autoridad
- Límites
- Valores y expectativas familiares

Todos estos factores influyen decisivamente en la dinámica familiar ya que cada miembro de la familia responde a ellos de manera distinta.

❖ Relaciones

Las relaciones son el vínculo o rechazo entre dos o más personas. Las relaciones que se establecen dentro de la familia pueden ser de tres tipos:²⁶

- a. Entre dos personas. Donde la relación puede ser:
 - Positiva. Para ayudarse
 - Negativa. Existe una necesidad de estar unidas pero para agredirse
 - Ambivalente. Existe una combinación de las dos anteriores
- b. Tríada. Existe la relación entre tres personas, donde puede haber:
 - Alianzas. Dos personas se unen para ayudar a un tercero.
 - Coaliciones. Dos personas se unen para atacar a un tercero.
- c. Islas. Son relaciones solitarias.

❖ Roles

Un rol es la asignación de funciones y conductas a una persona, estos pueden ser múltiples, es decir, la persona puede ser hijo y padre, hermano, tío al mismo tiempo. Los roles puede ser:²⁷

- Tradicionales. Estos son moldeados socialmente. Están condicionados a la identidad del hombre y la mujer, así como también a la generación a la que la persona pertenezca, el padre, hijo, tío, abuelo, etc.

²⁶ Claudia Cecilia, López Olmedo, Compiladora, Apuntes de la asignatura de Salud Mental.

²⁷ Idem.



- Idiosincráticos. Son moldeados por la familia a nivel inconsciente. Tienen un sentido y un significado individual y familiar, ayudan a proporcionar el equilibrio de la familia; a sí mismo los roles idiosincráticos están asociados a las relaciones triangulares. Los roles pueden ser:
 - Chivo expiatorio
 - Chivo emisario
 - Emergente
 - Apaciguador
 - “Bueno”
 - “Malo”
 - “Loco”
 - Otros.

Roles no idiosincráticos:

- Intercambiables. Se dan entre el padre y la madre principalmente, por lo cual debe existir una corresponsabilidad.
- Complementarios. Están basados en la ayuda mutua, “lo que a ti te falta por hacer lo hago yo”
- Sustitutos. Cuando falta alguno de los padres otro lo sustituye. Estos pueden ser:
 - a. Permanentes. Se recurre a familiares para ejercer el rol de autoridad.
 - b. Emergente. Se recurre a familiares para ejercer la autoridad, pero regresa la autoridad cuando quien la ejerce vuelve a recobrar su capacidad.
 - c. Temporal. La ausencia de la autoridad es momentánea
- Permanentes. Los roles son estáticos e inmóviles y pueden ser:
 - a. Instrumentales. Es el asignado al padre por ser el sustento económico.
 - b. Maternal. Es el asignado a la madre con funciones nutricias, seguridad y afecto.
 - c. Periférico afectivo. Da sustento económico, pero no afectivo.
 - d. Periférico instrumental. Proporciona afecto pero no apoyo económico.

Características del rol funcional:

- Flexible
- Aceptado



- Complementario
- Satisfactorio
- Claro
- Intercambiable, en condiciones de requerimiento o crisis

Elementos de disfuncionalidad:

- Ambigüedad
- Rivalidad o competencia
- No aceptación
- Inversión
- No complementariedad

❖ **Comunicación**

La comunicación es aquella que abarca la diversidad de formas como la gente transmite información: qué da y qué recibe, como la utiliza y como le da significado.²⁸ La comunicación puede ser verbal y no verbal, la primera consiste en la transmisión de información mediante formas verbales, la segunda por su parte transmite información a través del cuerpo, José Escartín²⁹ da un panorama de las fuentes para transmitir estos dos tipos de comunicación:

- | | | |
|--|---|-----------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Contacto corporal 2. Proximidad en el espacio. 3. Actitud corporal. 4. Manifestación externa. 5. Mímica y gesto. 6. Dirección de la vista. | } | Conductas no verbales |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Sincronización temporal del habla. 2. Tono emocional. 3. Pronunciación, acento. 4. Formas de manifestaciones. 5. Estructuras lingüísticas | } | Conductas verbales |

²⁸ Virginia, Satir, *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. México 2da reimpresión 2005

²⁹ M^a. José Escartín Caparrós, *Manual de Trabajo Social*. Aguascalera 1998. p.52.



Otra clasificación de comunicación puede ser:

- Clara-directa. Es el tipo de comunicación ideal, ya que se dice lo que se piensa, siente y se cree, a la persona que necesita saberlo.
- Clara indirecta. Las cosas se dicen a través de indirectas.
- Oscura indirecta. El mensaje no es lo necesariamente claro, por lo que este no se entiende.
- Directa-oscura. Se dirige a la persona correcta, pero el mensaje no es directo.

❖ **Autoridad**

La autoridad, es la persona que ejerce o en la que se deposita la responsabilidad, es aquella que establece los límites, normas y reglas. La autoridad se da entre³⁰:

- a. Cónyuges. Existe una conciliación, acuerdos entre la pareja y tal vez entre hermanos, es decir, entre pares iguales.
- b. Hijos y padres. Los acuerdos se dan entre jerarquías, por lo tanto debe existir una negociación.

Los tipos de autoridad pueden ser³¹:

- Culpígena. Se culpa a otra persona.
- Evasiva o esquivabultos. No se tiene la autoridad de poner límites y pasa la responsabilidad a otra persona.
- Conciliadora. Tiene miedo a poner límites, por miedo a perder el cariño de los hijos. Es sobreprotectora.
- Avestruz. Es ciega, aún viendo la mala conducta no corrige.
- Temible. Corrige a través del temor. Amenaza con cosas que no se pueden cumplir.
- Gritona. Corrige con gritos, no toma en cuenta que los niños aprenden más de lo que ven que de lo que escuchan.
- Perfeccionista. Trata que el niño se comporte como un adulto.
- Cansada. Es patética para poner límites

³⁰ Compilación de asignatura de Salud Mental Op. Cit.

³¹Theres Foy Digeronimo y Fisher, *Enseñe a sus hijos a comportarse*, ed. Vergara, España 1998



- Camaleón. Los límites se establecen en función de las emociones.
- No mide lo que dice. Se dicen cosas que no deben exteriorizarse, se llega al arrepentimiento.
- Comparativa. Se da una comparación, es sutil y por ello muy dañina.
- Dilatoria. Nunca llegan los límites o no se ponen en el momento indicado.

❖ Límites

Los límites son lineamientos verbales o no, que sirven para corregir, modificar o reforzar la conducta del niño, del adolescente o del adulto. “Los límites están constituidos por las reglas que definen quienes participan y de que manera lo hacen en la familia, tienen la función de proteger la diferenciación de sistema”³²

Los límites dentro del sistema familiar se establecen entre los subsistemas (conyugal, parental y fraterno) y pueden ser de tres tipos:

- Claros. Definen las reglas de interacción con precisión
- Difusos. No definen las reglas de interacción con precisión y caracterizan a las familias con miembros muy dependientes entre sí.
- Rígidos. Definen interacciones en las que los miembros de la familia son independientes, desligados.

❖ Valores

Son proyectos, creencias que integran la personalidad y comportamiento de todo individuo consigo mismo y con su entorno. Pueden ser:³³

- a. Morales. Son actos y productos humanos.
- b. Sociales. Son aquellos que satisfacen necesidades propias de un grupo social.
- c. Universales. Consisten en la aceptación y respeto a los demás, su gratificante es dar y recibir. Algunos ejemplos de estos son:

³² Minuchin, 1990; pp.88 y 89

³³ Compilación Asignatura de Salud Mental op. cit.



- Amor
- Respeto
- Libertad
- Justicia
- Honradez
- Generosidad
- Caridad
- Valentía
- Alegría
- Entusiasmo
- Persistencia
- Gratitude

Ahora bien todos los elementos anteriormente mencionados, forman parte de la dinámica familiar, sin embargo la forma en que cada uno se manifieste dentro de la misma, determinara su funcionalidad o no. Es importante mencionar que dicha manifestación será interpretada de manera diferente por cada uno de los miembros del núcleo familiar, pues todos los mensajes que en la familia se perciben juegan un papel importante en el desarrollo biopsicosocial de cada miembro, así como también en la dinámica funcional o disfuncional de la familia.

II. VI LA ADOLESCENCIA Y EL AMBIENTE FAMILIAR

Aunque no es fácil definir lo que es el clima familiar, sí lo es entender lo que se quiere decir cuando se hace referencia a él. Todos han tenido la oportunidad de captar como es el ambiente de una familia, han vivido la suya y han compartido algunos ratos con otras familias.

Según Inés García el ambiente familiar es considerado como el fruto de la suma de las aportaciones personales de cada miembro de la familia, traducidas en algo que proporciona emoción. A su vez el clima o ambiente familiar se enrarece o mejora en la medida en que se establecen relaciones entre dos o más personas.³⁴

El ambiente familiar, independientemente de cómo esté conformado es un elemento fundamental para el adolescente en esta etapa de su vida. De ahí la

³⁴ Inés García, Giovanni Páez, J. Antonio de Tomás (4º ESO- IES Carlos Bousoño. Majadahonda-Madrid.Mayo de 2000).



importancia de que los padres fortalezcan la conciencia acerca de los esfuerzos positivos o negativos del comportamiento de sus hijos. La adolescencia es una etapa difícil por los cambios que el adolescente experimenta, por ello es fundamental el apoyo, cariño y la aceptación que reciba de la familia, ya que ésta es el agente de socialización más importante. Es la primera fuente con la que tienen contacto, por lo que el ambiente familiar es un factor determinante en el desarrollo biopsicosocial del adolescente.

❖ **El adolescente en la familia funcional**

Se concibe como familia funcional aquella en que los sentimientos, las expectativas y el comportamiento de cada uno de sus miembros se mezclan de manera equilibrada permitiendo a todos desarrollarse y sentirse aceptados y apoyados. La familia funcional enfrenta los problemas de manera unida pero desempeñando cada miembro un determinado papel para buscar o dar soluciones y puede cambiar o modificar los aspectos que sean necesarios para adaptarse mejor a las circunstancias que deba encarar.

Al hablar de familia funcional, es importante tomar en cuenta de que manera la familia desempeña sus funciones de las que se habló en párrafos anteriores, así como también otros factores que forman parte de la dinámica familiar como lo son: relaciones, roles, comunicación, autoridad, valores y expectativas familiares.

Se habla entonces que una familia funcional esta caracterizada por:

- a. Mantener relaciones gratificantes. Las relaciones familiares, están bien establecidas y son de tipo positivo para todos sus miembros. Se muestran satisfechos de estar juntos pero reconocen que cada uno de ellos tienen intereses y necesidades individuales por lo que precisan de cierto grado de privacidad.
- b. Los roles puede ser cambiados, sin que existan problemas preocupantes.
- c. Comunicación clara, directa y coherente a su vez que permite la espontaneidad.

- d. La autoridad es democrática.
- e. Establece límites adecuados y claros.
- f. No existen coaliciones internas ni competencias entre ellas.
- g. Es una estructura de negociación para arreglar conflictos.
- h. Existe empatía.
- i. Hay apoyo emocional.

Al tener en conjunto todos estos elementos el adolescente crece en un ambiente más gratificante, que le permite desarrollar su identidad personal y su autonomía, así como también enfrentar la etapa de la adolescencia con menos problemas emocionales. En este sentido la pregunta sería: ¿La familia funcional puede ayudar a resolver una **pérdida, una muerte** o un duelo? Tomando en cuenta que la familia es un elemento esencial en cuanto apoyo emocional se refiere, más aún cuando las cualidades de este apoyo son positivas, sin lugar a dudas una familia funcional ayuda en gran medida a sobre llevar las pérdidas y a vivenciar un duelo de la mejor manera posible. Considerando la principal característica que debe tener una familia funcional es que promueva un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites establecidos, roles claros y definidos, comunicación abierta tanto como explícita y la capacidad de adaptación al cambio. Todo esto contribuye a que la familia forme individuos más seguros, con una autoestima fortalecida, competitivos y con una mayor capacidad de adaptación al cambio, esto en un adolescente se refleja en su adaptabilidad a los procesos evolutivos que la etapa pone frente a él y en su capacidad de hacer frente a situaciones estresantes como lo son las pérdidas, las muertes y los duelos. No obstante cabe mencionar que dichos procesos también dependen de otros factores por lo cual se puede decir que una pérdida, una muerte o un duelo no resuelto también puede provocar disfuncionalidad familiar.



❖ **El adolescente en la familia disfuncional**

La familia disfuncional es aquella en la que uno o mas integrantes tienen dificultad para equilibrar sus sentimientos, moderar, limitar y frenar su conducta, o con expectativas muy rígidas. En ella es fácil darse cuenta de que sus integrantes no se comunican adecuadamente pues con frecuencia dejan en el aire los mensajes dando por hecho que serán bien interpretados, y también tienen indefinidos las funciones y papeles. En estas familias, existe un miedo al cambio que las induce a cerrar sus límites con el exterior y su interior. A cada nueva información percibida reacciona homeostáticamente intentando que su aparente estabilidad no varíe.

Por lo tanto la familia disfuncional no permite al adolescente tener relación con su medio exterior, toda dinámica consiste en la protección de sí mismo, no dejando adquirir información del exterior, lo que provoca una deficiencia en su capacidad de socializar, además de que su desarrollo biopsicosocial, se ve limitado, difícilmente tendrá la capacidad de interactuar con su medio y poder desarrollar una identidad propia. De igual manera los adolescentes que provienen de una familia disfuncional, tienen mayor riesgo de presentar alguna patología a nivel físico, psicológico y mental.

A continuación se presentan las principales características que presenta una familia disfuncional:

- a. Fracaso en los papeles parentales y confusión de roles, debido a la ausencia de reglas y de roles definidos de acuerdo a la edad y papel de cada miembro de la familia.
- b. No existe actitud negociadora.
- c. Conflictos continuos y crisis cíclicas, estos conflictos pueden estar provocados por presiones del medio socio-cultural en el que se desenvuelve la familia, por inadecuadas relaciones entre los miembros.



- d. Resistencia al cambio. Es una barrera que oculta actitudes súper protectora, dificultad de adaptación, inmadurez personal de los padres, defensas ante agresiones del mundo exterior.
- e. La presencia al interior de un chivo expiatorio. Son familias que tienden a proyectar sus problemas con un grupo en un miembro por miedo a reconocer sus conflictos.
- f. Amenazas continuas de separación por parte de uno otro miembro de la familia. La historia puede estar plagada de abandonos reales o simbólicos por parte de un miembro (separaciones o divorcios reales, abandono afectivo o material de los hijos, entre otros). Esto puede ocurrir por la inmadurez de sus miembros.
- g. Existe poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás.
- h. Los límites de la familia son imprecisos.
- i. Las funciones de los miembros no están claras ni limitadas.

Se tiene que enfatizar en que no se puede hablar de funcionalidad familiar como algo estable y fijo, sino como un proceso que tiene que reajustarse constantemente. Si la familia establece estrategias disfuncionales ante las situaciones de cambio, como la rigidez y la resistencia, esto provoca conflictos y por tanto, comienzan a aparecer síntomas que atentan contra la salud y composición de la estructura familiar y provocar un desequilibrio en el desarrollo biopsicosocial de sus miembros.

Al hablar de funcionamiento familiar encontramos que no existe un criterio único de los indicadores que lo miden. Hay que contemplar que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. También cabe señalar como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas. En esta medida una disfuncionalidad familiar hace más complicado un proceso de duelo, así como también la superación de las pérdidas y muertes en caso que se presentan dentro del panorama familiar, ya que como ya se menciono la disfuncionalidad familiar no permite que sus

integrantes se adapten a los cambios necesarios que traen consigo dichos acontecimientos.

Lo importante para que una familia se constituya como disfuncional es que uno o varios de sus integrantes presenten un patrón de conductas inadaptables de manera constante y que mediante una relación directa afecte a los demás miembros generando una atmósfera no saludable que propicie la aparición de patologías no específicas. Por lo tanto la familia disfuncional lejos de afectar el desarrollo individual del adolescente afecta a su vez las relaciones que este establece con sus demás grupos sociales.

Todo lo anterior permite conocer la importancia de la familia en el desarrollo biopsicosocial del adolescente, ya que ésta además de ser su primer vínculo social, le permite adquirir una personalidad, la cual repercutirá a lo largo de las etapas de desarrollo, así como también en su socialización fuera del núcleo familiar. Por lo tanto un adolescente que crece dentro de una familia disfuncional, tendrá más probabilidades de presentar problemas en esta etapa de su crecimiento, debido a que a esta edad es más vulnerable, a consecuencia de los cambios que esta vivenciando, además de que adquirirá una personalidad basada en la baja autoestima, con pocas probabilidades de competencia personal y social, aspectos que afectarán su desarrollo biopsicosocial y que harán más complicado un proceso de pérdida, muerte o duelo en caso de presentarse.



CAPITULO III

PÉRDIDA, MUERTE Y DUELO EN LA ADOLESCENCIA



III. I LA PÉRDIDA EN LA ETAPA DE LA ADOLESCENCIA

A lo largo de su existir el hombre vivencia una serie de acontecimientos que forman parte de su ciclo vital, cada etapa de dicho ciclo involucra cambios en su desarrollo biopsicosocial, estos cambios en la mayoría de los casos representan pérdidas (algunas visibles otras no) que el hombre tiene que enfrentar y superar; y en el mejor de los casos éstas le permitirán tener un aprendizaje que le servirá para enfrentar los cambios de la etapa ulterior.

Por lo tanto puede decirse que la vida es un abanico de pérdidas, ya que desde el nacimiento hasta la vejez el hombre vive ligado a ellas. La pérdida puede definirse como el estado de sentirse privado de algo o alguien, cuya importancia es significativa como parte de sus objetos amorosos de la persona, son experiencias universales (porque nadie está exento de ellas), dolorosas, pero necesarias para poder crecer emocionalmente.

El desconocimiento de la amplitud del termino “pérdida “, lleva a muchas personas a afirmar que jamás han tenido que hacer un duelo porque nadie en verdad significativo se les ha muerto aún. Las pérdidas no incluyen sólo separaciones y despedirse de los seres queridos, una pérdida no necesariamente tiene que involucrar una muerte, para ser una verdadera pérdida, es decir, las pérdidas dependen del significado que las cosas o personas representen en la vida afectiva de la persona, que sufre la pérdida.

Las pérdidas pueden presentarse de dos formas diferentes, de forma tangible o intangible, es decir, las pérdidas se clasifican en dos categorías: la física y la psicosocial o simbólica. La pérdida física se refiere a algo tangible como un carro que es robado, una casa quemada o un busto removido quirúrgicamente. En contraste, la pérdida psicosocial es de algo intangible como divorciarse, retirarse, desarrollar una enfermedad crónica o un sueño no realizado. Se puede tener pérdidas sociales, por ejemplo: pérdida del estatus económico, pérdida de poder en una organización a la cual se pertenece, entre otras. No obstante dichas perdidas también están inmersas en un contexto simbólico.



Del mismo modo existen pérdidas que son necesarias para crecer.³⁵

- Perder la situación paradisiaca de la vida uterina
- La gratificación de ser cargado en brazos, cuando se aprende a caminar
- La seguridad del hogar cuando se ingresa al colegio
- La protegida infancia, cuando se presenta la turbulenta adolescencia
- La exclusiva atención de la mamá cuando nace un hermano
- La renuncia a las libertades y placeres de la soltería cuando se contrae matrimonio
- Las pérdidas físicas, emocionales, sexuales y sociales que la vejez imponen.

❖ Tipos de pérdidas³⁶

- **Pérdidas concretas:** estas tienen que ver con los objetos tangibles que incluyen: perder dinero, dañar algo valioso, que se muera el perro, la vida esta llena de este tipo de pérdidas.
- **Pérdidas abstractas:** estas son pérdidas tan reales como las primeras pero están compuestas de elementos intangibles tales como: la pérdida del amor de otra persona, la ambición, el respeto de sí mismo, el control de determinada situación.
- **Pérdidas imaginarias:** se pueden imaginar tanto pérdidas abstractas como concretas. Se puede imaginar que se le cae mal a alguien o que otras personas están hablando mal de uno mismo o que no se tiene el empleo que siempre se ha querido, porque se llega tarde y escogerán a otros.
- **Amenaza de pérdida:** esta sucede cuando no se sabe como finalizara cierto acontecimiento. Cuando algo significativo no ha ocurrido aun, esto provoca que se este en suspenso sin saber si será algo bueno o malo, este estado de suspenso puede generar una depresión severa.

³⁵ Isa Fonnegra de Jaramillo, *De cara a la muerte*, México, Andrés Bello, 2001, p.167.

³⁶ <http://www.grupoice.com> Como sobrevivir a una pérdida, colección desarrollo personal y laboral, edición número 19 Instituto Costarricense de Electricidad. Dirección de Mercado Corporativo y Relaciones Públicas ICE.



Partiendo de este punto entonces, se puede observar que a lo largo del ciclo vital se pueden sufrir diferentes tipos o formas de pérdidas, como son las siguientes:

- **Pérdidas obvias:** la muerte de una persona querida, la ruptura de una relación, la separación y el divorcio.
- **Pérdidas no tan obvias:** de empleo, dinero, salud, casa, cambios (de maestros, escuela...), de pertenencias (por robo), de éxitos (fama, poder...), de un ideal, de una meta.
- **Pérdidas relacionadas con la edad:** de sueños infantiles, una mascota, romances de adolescente, por dejar la escuela, cambiar el trabajo, la pérdida de juventud, la pérdida de belleza, la pérdida de atributos físicos, la menopausia, la jubilación.
- **Otras pérdidas:** Pérdidas momentáneas: un enamorado en vacaciones, el esposo o esposa en un viaje de trabajo, hijos estudiando fuera, un tropiezo en el trabajo. Aunque por lo general los desenlaces de estas situaciones son positivas, no dejan de ser pérdidas.

Existen también las “**micropérdidas**”, que tienden a sumarse a lo largo del día. Un pequeño problema con el coche, una discusión con un amigo, el retraso de alguien y luego se siente “inexplicablemente deprimido”. Cada una de estas pérdidas, en forma inmediata o acumulativa, en forma sorpresiva o frecuente, ya sea evidenciado o no, genera una herida emocional, un daño para el organismo.

En el caso concreto de la adolescencia, que es la etapa de importancia en este trabajo, existen pérdidas muy significativas y las cuales sin lugar a dudas repercuten en el desarrollo biopsicosocial del adolescente.

- **Pérdida de la infancia:** el joven debe de abandonar su rol de niño, donde no tenía ninguna responsabilidad y dejar de vivir despreocupadamente, dejar los sueños infantiles muy queridos y relegarlos al plano de la fantasía.



- **Pérdida del cuerpo infantil:** el adolescente pierde un cuerpo que, hasta antes de la adolescencia, no representaba para él, conflicto alguno, porque no sentía la necesidad de que su cuerpo fuera aceptado y admirado por los demás, este no le incomodaba o avergonzaba.
- **Pérdida de la bisexualidad:** cuando se es niño hay poca diferencia sexual, al niño se le permite jugar a la comidita y la niña con la bicicleta, y esto no se ve mal, no se le pide una definición sexual al niño, pero en la adolescencia esta sí se les exige.
- **Pérdida de la protección de los padres:** la seguridad que dan los padres al niño, no es la misma para el adolescente, ya que este debe de empezar a hacerse responsable de sí mismo hasta cierto punto.

Ahora bien, estas pérdidas hacen alusión a las que el mismo desarrollo requiere, pero existen otras que se les unen, como son:

- La pérdida de la amiga (o) incondicional
- La ruptura del noviazgo
- El cambio de colegio o de grado escolar
- El cambio de domicilio
- El fracaso escolar
- La pérdida de soltería cuando se enfrentan a un embarazo
- La pérdida de libertad cuando asume responsabilidades que no son propias de su edad
- La pérdida de un miembro corporal en caso de accidente o enfermedad

Todas estas pérdidas repercuten en el adolescente, sin embargo cuando se unen pérdidas más impactantes como la muerte de un familiar o de un ser querido, pueden generar reacciones mucho más estresantes para el adolescente tomando en cuenta que la etapa en sí misma es sinónimo de crisis. La pérdida de un familiar o a un ser querido, puede generar en el adolescente sentimientos encontrados, que si no se expresan debidamente puede que no se supere la pérdida y genere en el adolescente diferentes



situaciones estresantes que pueden culminar en la aparición de patologías que pueden llegar a repercutir en su comportamiento.

En términos de Tanatología, los conceptos de pérdida, muerte y duelo están estrechamente ligados. No obstante existe una diferencia entre ellos, la pérdida es el estado de sentirse privado de algo o en este caso de alguien significativamente importante, la muerte, en sí misma es una pérdida y el duelo es el proceso de cicatrización después de una pérdida.

III. II MUERTE Y SU IMPORTANCIA EN TANATOLOGÍA

A lo largo de la vida, los seres humanos se han angustiado ante la certeza de que no podrán escapar de la muerte. Esto les provoca cierta angustia, ya que al ser humano no se le ha educado para hablar abiertamente de la muerte del otro, y mucho menos de la propia, cuando muere un ser querido una parte de los demás mueren con él de cierta manera, ya que no se sabe como expresar lo que en ese momento se está sintiendo, que en la gran mayoría es dolor y desesperación por no poder entender por que esa persona ya no está presente entre ellos, esto aunado a la idea de la propia muerte, genera en la persona una angustia e inseguridad por no saber como expresar su sentir frente al dolor que le provoca la idea de la propia muerte o la del ser querido.

La muerte es un concepto sumamente enigmático, ya que a pesar de que la muerte va ligada a la vida, es decir, es parte del ciclo vital del ser humano, esta es considerada un tema tabú, que con frecuencia se le relaciona con lo triste, con lo desconocido, la muerte recuerda al hombre su vulnerabilidad a la inexistencia, a su mortalidad, le recuerda que no es eterno y que en algún momento morirá. La mayor parte de la gente no habla de la muerte hasta que ocurre este acontecimiento con algún familiar o amigo. Este hecho viene a recordarle la ligadura existente entre la vida y la muerte, mientras esto no ocurre el hombre quiere sentirse ajeno o ignorar la muerte ya sea la propia o la de sus seres queridos.



En la adolescencia ya existe una definición de muerte, sin embargo esta es un tema completamente ajeno a esta edad ya que los adolescentes se consideran entre otras cosas inmortales, ellos viven el presente sin preocuparse por el futuro motivo por el cual dicho tema no tiene cabida en su vida, hasta que vivencian un acontecimiento de esta índole con una enfermedad terminal o con la muerte de un familiar o amigo.

Ese idealismo juvenil de inmortalidad, propio de la adolescencia se vincula, por un lado, con la negación de la muerte eventual y, por el otro, con la falta de reconocimiento de emociones agresivas, tanto en el joven como en los demás sujetos. Si el aceptar la muerte, para los adolescentes es una situación estresante, lo es más aun cuando se enfrentan a la muerte de un persona de su misma edad o más joven, ya que por regla general la muerte se presenta en las personas en la edad de la vejez o en personas que han pasado por un largo proceso de enfermedad.

Entonces se puede decir que la muerte es un hecho trascendental que pone fin a la vida, la muerte del hombre está determinada por la desaparición de la persona y, por lo tanto, la muerte del cuerpo. La muerte es, pues, la interrupción de la vida. El concepto de la muerte varía según las diferentes culturas y épocas. En las sociedades occidentales, la muerte se ha considerado tradicionalmente como la separación del alma del cuerpo. Debido a que el alma carece de manifestación corpórea, su partida no puede ser vista, o lo que es lo mismo, ser determinada objetivamente. De aquí que, en esta creencia, se ha determinado el cese de la respiración como el signo de muerte.

❖ **Tipos de Muerte**

- **Muerte natural repentina.** Es la que sucede súbitamente sin un síntoma previo, como en el caso de un infarto cardiaco, un derrame cerebral, un neurisma y otras enfermedades fulminantes.
- **Muerte natural anticipada.** Es la que resulta de una enfermedad fatal cuyo pronóstico es inmodificable. Su influencia en el enfermo y los seres queridos de él, varía de acuerdo a tres factores:



- a. Experiencia de la enfermedad
- b. La duración en el tiempo
- **Muerte Accidental.** Evento súbito o repentino. Hay factores que inciden en la respuesta de los familiares a la tragedia y en la duración del período inicial de choque que precede a la aceptación de la muerte como hecho innegable.
 - Que tan “esperable” era la muerte
 - Que tan previsible era la muerte
 - La intensidad del sufrimiento
- **Homicidio.** Cuando la muerte de un ser querido ocurre en circunstancias traumáticas, el duelo presenta una notoria tendencia a complicarse, porque los dolientes deben enfrentar, al mismo tiempo, el estrés postraumático.
- **Suicidio.** Actuación humana ya sea pasiva o activa, cuyo fin es causarse la propia muerte. El suicidio es en el fondo un intento del sujeto de salvarse a sí mismo del tormento interior, la desesperación, la locura, la crisis interna que ya sea reciente o antigua, él juzga como insoportable. Puede considerarse además una falla del vínculo social.
- **Muerte digna.** Muerte que ocurre dentro del respeto por la dignidad humana en todas aquellas condiciones y circunstancias que resulten manejables como: muerte en casa, rodeado de personas afectivamente significativas que atiendan y acompañen al moribundo con amor y cuidado, con información suficiente sobre su enfermedad, el diagnóstico, las opciones disponibles y el pronóstico, con auxilios espirituales, habiendo podido prepararse para la muerte y despedirse de sus seres queridos, con el dolor y los síntomas controlados.
- **Eutanasia pasiva.** La muerte que ocurre como consecuencia de la abstención de emplear, o la interrupción, de todas las medidas artificiales de soporte vital.
- **Eutanasia activa voluntaria.** Es el acto médico orientado explícitamente a poner fin a la vida de un paciente víctima de una enfermedad incurable y ya en fase terminal, por requerimiento suyo y debido a la intranquilidad del dolor o de los sufrimientos.



- **Suicidio asistido.** Es la muerte que el enfermo terminal se procura empleando los medios sugeridos o proporcionados por un médico (pastillas, inyección letal, etc.). La diferencia entre la eutanasia activa y el suicidio médicamente asistido no radica en el medio que se emplea sino en el sujeto que la lleva a cabo: en la primera, el médico es el agente activo a solicitud del paciente, sujeto pasivo; en el segundo, el paciente es el sujeto activo, asistido y aconsejado por el médico.
- **Distanacia.** Muerte que se difiere o pospone mediante la aplicación de procedimientos y tratamientos biotecnológicos. Predomina el criterio de cantidad de vida sobre el de calidad de vida.
- **Abandono.** Muerte que ocurre en circunstancias degradantes, indignas y humillantes, no por el abuso o empleo indisciplinado de los avances biotecnológicos que retardan la muerte, sino por la carencia de atención médica mínima.

Morir es entonces, un proceso que mantiene al cuerpo casi como único centro de atención de la mente. La muerte es un fenómeno muy especial que obliga a tratar de entenderla de diferentes maneras. La muerte es la sensación de la vida que sobreviene por accidente, enfermedad o envejecimiento. Es el cese de la actividad bioquímica que sostiene la existencia de un ser vivo. También se les ha enseñado a las personas, desde que son niños que la muerte es la separación de alma y cuerpo.

Se puede concebir el hecho de que la muerte esta influenciada por la sociedad, por las ideas culturales y religiosas, por lo que la muerte no es un hecho natural, ya que siempre está mediatizada por la cultura. La muerte es un hecho cultural, humano, en el cual interfieren costumbres, ideas y valores, por lo que existen diversas formas de concebir la muerte en torno a creencias míticas religiosas. Este aspecto misterioso da como resultado un lazo estrecho entre Tanatología y religión cuando se habla de la muerte. La religión viene a ser la respuesta a lo desconocido, esta surge por la incertidumbre del hombre a lo inexplorado, es por ello que surge la necesidad de creer en un ser supremo capaz de controlar lo que para el hombre es imposible dominar. La religión y el



creer en ese ser supremo permiten al hombre contestarse las preguntas que mas ansiedad y temor le provocan: ¿de donde vengo?, ¿hacia donde voy?, ¿hay algo más allá de la muerte?, la religión dice Víctor Frankl se revela como la realización de lo que se llama “el deseo de llegar a un significado último”³⁷.

Aspectos culturales y religiosos de la muerte en cada religión

La muerte es socialmente importante y todas las culturas ofrecen alguna respuesta y la rodean de diferentes rituales, desde la vertiente personal, social y cultural.³⁸ Las diferentes creencias religiosas presentan diversas formas de concebir la muerte, esto debido a los antecedentes e ideas culturales de cada persona, así como a su experiencia personal dentro de los patrones de conducta familiares o en las bases culturales.

Debido a la relación de la muerte con el aspecto espiritual, es importante conocer el sentido religioso que se le da a la muerte. Cada religión le da un sentido distinto, su culto y sus rituales permiten hacer una diferencia del matiz con que se contempla a la muerte, elementos que forman parte del luto, es decir, ritual y luto van de la mano ya que ambos ayudan a los deudos a dar a conocer socialmente la pérdida y a su vez reconocerla como irreversible, el luto forma parte del duelo.

Judaísmo: en los rituales de la muerte las personas que deben participar son: padre, madre, hermano, hermana, esposos, esposa y medios hermanos. Y los rituales que se realizan son:

- Rasgado de vestiduras: para provocar el sentimiento se realiza en la solapa izquierda. La prenda debe usarse los siete días que dura el duelo, salvo el sábado.
- Lavado y vestido del fallecido: lavar y purificar el cuerpo.
- Huésped: discurso en honor del fallecido.
- Funeral: enterrar al difunto el mismo día del fallecimiento, excepto cuando cae en sábado o en una festividad religiosa.

³⁷ Víctor, Frankl, *El hombre en busca del sentido último*, Ed. Paidós, México 2000, p. 204.

³⁸ Celia, Bordin, *La muerte y el morir en pediatría*, Ed. Lumen, Argentina, 1997 p. 15.



- Los siete días: prender velas en honor del muerto, los familiares deben permanecer en la casa los siete días. Se cubren los espejos y se prohíbe trabajar, bañarse, usar zapatos de piel, viajes de placer, fiestas, regalos.
- 30 días, prohibiciones: cortarse uñas, afeitarse, estrenar ropa, y expresiones de alegría.
- Los 12 días: es en el caso de duelo por padres, no escuchar música, ni fiestas, ni viajes.

Cristianismo: los rituales de muerte incluyen lavar limpiar el cuerpo, usar sábana blanca para la pureza, cirios que le permiten guiar su camino hacia Dios. Se entierra en un cementerio. Se hace la veneración de los restos donde se congregan los conocidos para fraternizarse y conocer el dolor, esperanza y consuelo. Se realiza un “novenario” donde se realizan rezos y cantos religiosos durante nueve días, para velar por el alma del fallecido y ésta vaya con Dios, en el novenario participan familiares y amigos. Después de la muerte existe la posibilidad de la resurrección (paraíso) y de infierno (muerte total).

Hinduismo: los rituales de muerte, consisten en lavar el suelo donde murió y colocarlo encima de este lugar, lavan el cuerpo y lo ungen con aceite de madera de sándalo, lo amortajan, ponen sobre el cuerpo ramas de albahaca dulce y lo cubren con otra tela. Lo ponen sobre el féretro y tres brahmanes y un familiar levantan el féretro y lo llevan donde va a ser incinerado; en la procesión va al frente el hijo mayor que es el que aportará el fuego. Los brahmanes realizan cantos. Después de los 10 días de la muerte se rasura al hijo mayor, las cenizas se recogen y guardan para ser arrojadas en un río. El heredero, el padre o el hijo, está obligado a darle de comer a tres brahmanes por 21 días o hasta por 27 días durante un año. Cada aniversario se alimenta a tres brahmanes.

Lo anterior, permite conocer las diferentes ideas entorno a la muerte las creencias, ideas, rituales y costumbres, permiten a los deudos sentir que están haciendo algo por la persona que ha muerto, darle un conocimiento social a la



muerte así como una despedida social al fallecido, cuestiones que forman parte del luto. Esta acción eminentemente cultural permite abordar la muerte desde una mirada social de reconocimiento de sus miembros, como una pérdida total de la cultura y no una difusión particular sin importancia. Las culturas deben estructurar el dolor por medio de tradiciones y ritos que ayuden a sobrellevar el dolor. Todo esto parte de la idea de que la muerte es un hecho muy duro, tanto como para quien la vive como para los que la rodean (sobrevivientes). Estos últimos deben aceptar su aflicción, es decir, el hecho objetivo de la pérdida y el cambio de su condición social de vida en cuanto a la desaparición de la persona muerta.

Como cada religión, cada país tiene su propia perspectiva de la muerte, en México la forma de ver a la muerte es muy particular debido a que ha tenido varias influencias, donde se puede encontrar una fusión de las religiones prehispánicas con la religión católica. En México a partir de la conquista española se le dio un sentido terrorífico a la muerte y al infierno con la anunciación del cristianismo. En el siglo XVIII, la muerte dejó de ser algo terrorífico para darle un toque humorístico.

El mexicano le ha dado su propio sentido a la muerte colmándola de leyendas, mitos, canciones y poemas, de dichos populares, de un sentido cómico sin dejar de lado el respeto que se le tiene, ejemplo de ello es la celebración del “Día de Muertos”, donde se les venera a los fallecidos y se le recuerda a los vivos su fragilidad ante la muerte.

No por ello la muerte ha dejado de ser un tema que a la mayoría de las personas les da miedo abordar, sobre todo por el misterio que encierra el destino una vez que se muere. El sentido doloroso de la muerte es un aspecto que en ocasiones hace que se le vea como algo terrible. Cuando la muerte acontece el que la sufre es el familiar o amigo de la persona que murió, es éste quien se da cuenta que la muerte es algo serio, que aún cuando va ligado a la vida el hombre se empeña por desunir.



Los sentimientos que afloran con el hecho de la muerte son tantos y tan intensos que parecen imposibles de sobrellevar. No sólo la muerte del ser querido hace dolorosa la aceptación, sino la forma, las circunstancias, es decir, el tipo de muerte que produjo la inexistencia de ese ser querido. El tipo de muerte es un factor a contemplar en el proceso de duelo.

Factores que hacen que una muerte sea traumática (y el duelo más complicado)

- Lo súbito, sorpresivo y no anticipado de la muerte.
- La violencia, mutilación o destrucción del cuerpo.
- Si la muerte fue determinada por factores de azar, que pudieran haberse evitado.
- Las muertes múltiples.
- El encuentro personal del doliente con la muerte.
- La capacidad de adaptación disminuye como consecuencia del choque el yo se sobre carga y aparecen a la vez múltiples factores estresantes.
- El mundo presuntivo (el mundo predecible que creemos seguro).
- Se trata de una muerte absurda, que no puede absorberse y tampoco permite hacer un cierre (despedirse, decir adiós, poner punto final a la relación).
- Los síntomas agudos del duelo y el choque emocional y físico persisten por más tiempo.
- El doliente reconstruye obsesivamente los eventos y el escenario en que sucedieron, buscando entender esa muerte y obtener elementos de control sobre ella.
- El doliente sobredimensiona los eventos de la relación inmediatamente anteriores a la muerte, desatendiendo el valor de un vínculo con historia.
- Las reacciones emocionales suelen ser más intensas, la rabia, la culpa, etc., con le objeto de encontrar un porque.
- Aparece el estrés postraumático, que se manifiesta a través de una instrucción repetitiva de imágenes y recuerdos trágicos y del incremento de algunas respuestas fisiológicas, de hiperactividad o parálisis.



III. III PROCESOS DE MUERTE EN LA ADOLESCENCIA

En la adolescencia al igual que en otras etapas la manera en que ocurre los hechos, lo esperado o inesperado de la situación así como la persona que muere traerá una afectación psicológica muy particular en la aceptación de la muerte del ser querido así como la forma en que vivirá el proceso de duelo.

La muerte de uno de los padres

La afectación de la muerte de uno de los padres para el adolescente, depende de varios factores: quien era para él la persona que murió (su ídolo, la persona de quien se sentía decepcionada, la persona que lo presionaba, su mejor amigo, etc.), influye también la manera en que el adolescente se relacionaba con su padre o madre debido a que en la adolescencia se está en busca de la independencia de los padres, la muerte de uno de ellos puede ocasionar en el adolescente sentimientos de culpa.

En la adolescencia se busca romper con esa protección dada por los padres no por ello, ésta no es necesaria para el adolescente, muy internamente esa protección es necesaria para establecer y superar rupturas con otras personas queridas por el adolescente. Esto genera ansiedad, porque esa seguridad de apoyo incondicional le será difícil de encontrar a menos que sus vínculos afectivos están más ligados a otras personas que a sus padres como lo son los abuelos, tíos, hermanos, amigos, etc.

La muerte de unos de los padres es una pérdida particularmente dolorosa cuando un hijo adolescente se identifica de manera profunda con el padre que muere. Y suele suceder que el otro padre, el que permanece vivo se convierte en el blanco de resentimiento, enojo y otros sentimientos violentos, o puede ser totalmente lo contrario, puede llegar a convertirse en el depósito de afecto y cariño que antes era para el padre que ha muerto.



En este sentido hay que reconocer lo complicado de un duelo en circunstancias difíciles para el adolescente. Ejemplo de ello son los adolescentes que desde pequeños tuvieron que hacer el duelo por el papá o la mamá antes de que estos mueran afectivamente. “Enfermedades como el Alzheimer, un derrame cerebral masivo, algunos casos de esclerosis múltiple o patologías psiquiátricas agudas como la melancolía o esquizofrenia, obligan a un niño a adaptarse a un padre que, aunque vivo, en algunos aspectos ya dejó de vivir”.³⁹

La muerte de un hermano

La afectación de la muerte de un hermano en la adolescencia depende de quien es el hermano que muere (el mayor, el menor) y del tipo de la relación que tenía con su hermano fallecido. Cuando se trata del hermano mayor a quién tenía una gran admiración, e incluso tal vez su hermano le brindaba apoyo, amistad y protección, entonces no sólo morirá su hermano sino también su amigo, si la relación era mala entre ellos, los sentimientos de culpabilidad se harán presentes.

En caso de la muerte del hermano menor, la ambivalencia de sentimientos puede ser por un lado, que el hermano menor representaba para él la sustitución y el robo de cariño de los padres, por lo tanto la relación entre ellos pudo ser distante y la culpabilidad también se hace presente ya que el adolescente pensará que su rol de hermano mayor no fue llevado apropiadamente. En caso contrario si el hermano menor fue para el adolescente un incentivo para ser ejemplo a seguir, entonces perderá a su hermano y perderá la sensación de sentirse admirado por alguien, cuyo sentimiento de gratificación es importante, pierde además su papel de hermano mayor. El principal efecto de la muerte de un hermano es que al hermano que sobrevive, le recuerda su propia vulnerabilidad o envejecimiento y lo frágil que es el don de su propia vida.

³⁹ Isa Fonnegra de Jaramillo, op. cit., p.277.



La muerte de un amigo

No hay que olvidar que para el adolescente los amigos son la pieza fundamental de su entorno social, con ellos no sólo comparten secretos, gustos, aficiones, dudas, sino también se siente comprendido al estar con gente que vivencia los mismos cambios que la edad representa. Al morir un amigo muere con él la seguridad que éste le proporcionaba, muere su confidente, su compañero de emociones. No hay que olvidar que la afectación de una muerte no sólo depende del parentesco que la persona tenga con el adolescente, sino la relación y lo que la persona representaba sentimentalmente para él.

La muerte de un amigo suele ser un acontecimiento muy significativo, una circunstancia que conduce a reconsiderar y posiblemente, a reorganizar las prioridades personales del adolescente. La muerte de un amigo en la etapa de la adolescencia puede llegar a afectar al adolescente mucho más que la muerte de cualquier otra persona, puesto que pone a pensar al adolescente en su propia muerte, haciéndole ver la fragilidad de la vida y encarándolo ante su mortalidad.

La muerte de cualquier persona significativa para el mundo biopsicosocial del adolescente, repercutirá en su desarrollo, ya que la edad en si misma trae una serie de desequilibrios que en la mayoría de los casos generan en el adolescente ansiedad, angustia y miedo. La muerte de un ser querido trae consigo esos sentimientos aún más intensificados.

Cuando las personas se encuentran cara a cara con la muerte de un ser querido, no pueden aceptar que nunca más lo tendrán con ellos, se puede pensar que está de viaje, que se fue a otro lado o que simplemente que está durmiendo, pero ¡cuánto cuesta aceptar la muerte!. Esta actitud es totalmente humana y natural, pero lo cierto es que no es real. La muerte y el miedo a la muerte son fuente de muchos de los problemas y miedos humanos. Eliminar estos miedos es dar vida: vida a plenitud y llena de calidad.



Por lo tanto hay que hacer énfasis en que el nacimiento y la muerte no son el principio y el fin de un proceso irreversible, sino más bien, son etapas de un ciclo de vida, y que están íntimamente relacionados, ya que por regla natural todo lo que nace tendrá que morir, y todos los ciclos se tienen que cerrar. Es por ello que es necesario que se cree una conciencia y/o cultura en los niños y adolescentes en cuanto a la muerte, para que así cuando tengan que vivenciar un acontecimiento de esta magnitud se encuentren preparados y cuenten con todos los elementos necesarios para poder hacerle frente de la mejor manera y que elaboren su propio duelo sin que éste les cause alguna repercusión negativa en su desarrollo biopsicosocial. En este sentido hay que preparar para la vida y la muerte a niños, adolescentes y adultos para que partiendo del conocimiento personal, cultural, social de cada persona, y a la luz de la ciencia puedan todos, no solo vivir, sino también morir con dignidad.

III. IV EL DUELO EN LA ADOLESCENCIA

El duelo es la reacción natural y necesaria de adaptación ante una pérdida de un ser querido, objeto o evento significativo. Es un sentimiento subjetivo que aparece tras la muerte de un ser querido o una pérdida, son todos los sentimientos, reacciones y cambios que ocurren durante el proceso de sanación de la pérdida. El medio para sanar la herida causada por la pérdida, es una elección de la persona que ha sufrido la pérdida, aunque en un principio no la sienta como una elección conciente. La palabra duelo deriva del *latín dolus*: dolor y es la respuesta afectiva a la pérdida de alguien o algo.

El duelo según Freud⁴⁰, hace referencia a la “pérdida del objeto amado”, a el lamento por algo perdido, incluyéndose como pérdidas objetales, tanto la muerte de un ser querido como la ruptura sentimental o la pérdida del empleo. Freud establece la diferencia entre duelo y melancolía, al señalar que el afligido cumple el “duelo”, al negociar con la realidad, admitir la irreversible desaparición del objeto amado y liberar el deseo para buscar nuevos objetos

⁴⁰ Sigmon, Freud, El malestar en la cultura y otros ensayos, Alianza editorial, Madrid-México, 1992, pp240.



de amor. El melancólico por su parte niega la idea de la pérdida, se siente culpable, se identifica con el objeto y retira su deseo del mundo.

Lo que no se debe olvidar es que la pérdida y el duelo, traen grandes desviaciones en la conducta normal, pero no se considera una conducta patológica. Una alternativa consiste en permitirse a uno mismo experimentar el sufrimiento, sentir la angustia, el temor y dolor según se presente. Con esta elección a la larga permite proseguir con la vida. Otra elección puede ser un movimiento para no sentir, hacia la propia muerte psicológica y con el tiempo, a la muerte física. El duelo tiene lugar tras cualquier clase de pérdida, aunque suele ser más intenso tras el fallecimiento de algún familiar o un ser querido. No es un sentimiento único, sino más bien una completa sucesión de sentimientos que precisan de cierto tiempo para ser superados, no siendo posible el acortar este período de tiempo.

El duelo se refiere al estado de aflicción relacionado con la pérdida o muerte de un ser querido y que puede presentarse con síntomas característicos de un episodio depresivo mayor. El término duelo y procesos de duelo puede también aplicarse a aquellos procesos psicológicos y psicosociales que se ponen en marcha ante cualquier tipo de pérdida (la pérdida de un ser querido, los fracasos escolares, las situaciones de abandono: divorcio, separación, rechazo de los padres; los problemas familiares, los cambios de domicilio, los problemas económicos, la pérdida de empleo, el diagnóstico de una enfermedad grave o invalidante, etc.). Hay que señalar que no todas las personas que pasan por un proceso de duelo pueden presentar los síntomas de un episodio depresivo mayor, ya que esto va a depender de la edad y la personalidad de la persona que está pasando por el proceso de duelo, del tipo de pérdida y de la capacidad que tenga para elegir de que manera va a vivir su duelo.

El proceso de duelo implica aquellos procesos psicológicos surgidos por la pérdida y los cuáles concluyen con la aceptación de la nueva situación. No obstante el duelo puede verse desde diferentes perspectivas:



- **Perspectiva psicológica:** desde el punto de vista psicológico se sabe que la no elaboración de un duelo importante predispone hacia dificultades con otros duelos. Un duelo o un conjunto de duelos mal elaborados pueden cronificarse en cualquiera de las formas de psicopatología, así mismo puede hacer recaer al individuo en su psicopatología ya existente.
- **Perspectiva psicosocial:** la forma de elaborar los duelos y transiciones psicológicas es un componente fundamental de nuestra adaptación al entorno. Si bien lo que desencadena un duelo en una persona es siempre idiosincrásico de la misma, existen situaciones que prácticamente en todos los seres humanos desencadenan duelos de cierta importancia, son las llamadas transiciones o crisis psicosociales.
- **Perspectiva social y etiológica-antropológica:** La elaboración normal del duelo conduce a la reconstrucción del mundo interno. Es la situación que el luto ritualiza con la obligada permanencia de la persona, estándole “socialmente prohibidas”, diversiones, vestidos vistosos; así podrá concentrarse en él “trabajo interno” del duelo.

Las manifestaciones sociales y antropológicas del duelo y los procesos del duelo tienen una triple función: permitir la expresión a nivel de la sociedad de esos procesos, tender ayuda en el proceso psicológico del duelo (de ahí la importancia de determinados ritos y funerales) y por último, facilitar la comunicación del hecho a la comunidad, proporcionando a los vivos ocasión de consagrarse como los muertos y allegados, y preparándolos para nuevas relaciones a través de los actos sociales.

- **Perspectiva biológica:** el duelo es una respuesta fisiológica a la vez que emocional. Durante la fase aguda del duelo, al igual que ocurre con otros acontecimientos estresantes, puede sufrirse una alteración de los ritmos biológicos. El sistema inmune también puede alterarse como consecuencia del duelo: hay alteraciones del sueño y la alimentación, entre otras manifestaciones.



❖ Tipos de Duelo

No se puede generalizar la reacción del duelo, ya que el duelo es un proceso personalizado y la manera en que cada persona lo vive, determina su duración, sus características y el desenlace que tendrá en el desarrollo biopsicosocial de la persona. No obstante existen diferentes tipos de duelo⁴¹.

- **Duelo normal:** el duelo normal o duelo no complicado es una respuesta normal, con un carácter predecible de sus síntomas y de su desarrollo. Suele ser breve, y es seguido de expresiones de dolor y malestar como llanto y suspiros. También suelen presentarse sensación de debilidad, pérdida de apetito y peso, dificultad para concentrarse, para respirar y para hablar e insomnio; son frecuentes los sueños sobre la persona fallecida, que producen una sensación desagradable al despertar y comprobar que se trataba sólo de un sueño. A lo largo del proceso del duelo tienen lugar varias formas de negación; con frecuencia la persona que experimenta el duelo se comporta o reacciona como si la muerte no se hubiera producido.
- **Duelo anticipatorio:** proceso que se inicia no con la muerte del paciente, como es convencionalmente aceptado, sino con el diagnóstico de la enfermedad fatal, y da pie a prepararse para la muerte, anticipando y viviendo día a día muchas pérdidas que la enfermedad obliga a afrontar.
- **Duelo ausente o retardado:** se produce una negación del fallecimiento con una esperanza infundada de retorno del fallecido, produciendo un intenso cuadro de ansiedad y deteniéndose la evolución normal del duelo.
- **Duelo inhibido:** se produce una “anestesia emocional”, con imposibilidad de expresar las manifestaciones de la pérdida.
- **Duelo prolongado o crónico:** con persistencia de la sintomatología depresiva va más allá de los 6 ó 13 meses o más.

⁴¹ <http://www.faes.es/cursoansiedad.com> José Ángel Fernández, et.al. *Reacción de duelo*.



- **Duelo no resuelto:** permanece el paciente “fijo” en la persona fallecida y las circunstancias que rodearon su muerte, sin volver a su vida habitual.
- **Duelo intensificado:** se produce una intensa reacción emocional tanto precoz como mantenida en el tiempo.
- **Duelo enmascarado:** se manifiesta clínicamente por síntomas somáticos
- **Duelo reacciones por aniversario:** anormalmente doloroso más allá del primer año, se supone que las reacciones de aniversario no deben llevar a un serio recrudescimiento de las emociones.
- **Duelo suspendido:** En este se requiere señalar los procesos de duelo, en los que los familiares y allegados, ante la ausencia de cadáver de un ser querido, o por desconocer su suerte como en el caso de los desaparecidos; inician la elaboración del duelo, el cual no se culmina con la esperanza de que en algún momento aparezca nuevamente con vida. Sólo el paso de los años se va convirtiendo en la evidencia de su muerte o al menos en una certeza que no regresará, certeza que nunca será colmada en su totalidad. El doliente vive entre la esperanza y la desesperanza.
- **Duelo psiquiátrico:** produce la aparición de un verdadero trastorno psiquiátrico cumpliendo todos los criterios para serlo. Es muy común que las personalidades de tipo narcisista sufran este tipo grave de duelo porque son particularmente sensibles a la pérdida de sus objetos amados. Se distinguen varios tipos clínicos en este duelo:
 - **Histórico:** el duelo se identifica con la persona fallecida presentando el mismo cuadro que motivo el fallecimiento.
 - **Obsesivo:** la ambivalencia emocional a la que normalmente se enfrenta la persona obsesiva crea en ella fuertes sentimientos de culpa, que suelen caer en una depresión grave y prolongada.
 - **Melancólico:** este cuadro clínico destaca la pérdida de la autoestima y la ideación suicida. La melancolía sería equivalente a un duelo patológico. En este caso el duelo se produce ante una pérdida que puede o no puede ser real, se provoca un estado de ánimo deprimido,



desinterés por el mundo externo, autoreproches, autodenigración, insomnio, productividad inhibida. La persona siente un vacío interno. En el duelo, el objeto amado ya no existe más.

- **Maniático (manía del duelo):** se produce un cuadro de excitación psicomotor y humor expansivo que evoluciona posteriormente de un cuadro depresivo.
- **Delirante:** todos los trastornos mentales pueden encontrarse como manifestación del duelo patológico, en personas que no habían sufrido ninguna patología psiquiátrica previa. Pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el sobreviviente debería haber muerto con la persona fallecida. Tiene experiencias alucinatorias complejas y persistentes.
- **Duelo ausente:** duelo cuyas personas no experimentan y expresan sus emociones, esta bloqueada o bloqueando sus emociones.
- **Duelo al tiempo:** la persona presenta pocos recursos para iniciar la elaboración y resolución del duelo, utiliza un mecanismo de defensa en donde su organismo se desensibiliza en una actitud sabia del yo, posponiendo para cuando considere necesario la resolución del duelo, esto lo puede hacer de manera no conciente.
- **Duelo patológico:** el duelo patológico o anormal puede adoptar diversas formas, que van desde la ausencia o el retraso en su aparición, hasta el duelo excesivamente intenso y duradero, pasando por el duelo asociado a ideaciones suicidas o con síntomas claramente psicóticos. Tienen mayor riesgo de sufrir un duelo patológico los que experimentan una pérdida repentina o en circunstancias catastróficas, los que están aislados socialmente, los que se sienten responsables de la muerte (ya sea real o imaginaria su responsabilidad), los que tienen historia de pérdidas traumáticas y los que mantenían una relación de intensa ambivalencia o dependencia con el fallecido. Al hablar de duelo patológico se habla de tres tipos de duelo:
 - **Duelo depresivo:** en él se encuentran las características que maneja el DSM IV con respecto al trastorno depresivo, la consideración que es conveniente tomar en cuenta es la incapacidad que presenta la persona



para funcionar en las distintas áreas de su vida y el tiempo que dura esta imposibilidad, dependiendo del paciente.

- **Duelo con ansiedad:** en él se encontraran las características que maneja el DSM IV con respecto al trastorno de ansiedad.
- **Duelo con estrés:** al igual que los anteriores las características para el diagnostico se toman del DSM IV.

No hay que olvidar que existen ciertos duelos que suelen no ser visibles a los ojos de los demás, pero existen otros más que no pueden ser expresados por lo delicado que es expresarlos socialmente.

- **Duelos secretos:** son duelos inconfesables por pérdidas afectivas de carácter secreto, que por algún motivo no pueden salir a la luz y dejan al doliente en una peligrosa soledad para enfrentarlas. Entre estos pueden estar: el aborto provocado, la muerte de un compañero o compañera homosexual, la muerte de la pareja clandestina (el amante).

Estos son duelos no expresados y reprimidos que suelen aflorar más adelante en forma de síntomas físicos y psicológicos, de desadaptaciones laborales, de depresiones inexplicables a los ojos de la familia o de dificultades perdurables para volver ha establecer compromisos afectivos.⁴²

Ahora bien existen ciertas variables que dificultan el proceso de duelo:

- **Variables antropológicas:** hay pérdidas que pueden desencadenar, en la mayoría de las personas procesos de duelo de gran complejidad, y extremadamente dolorosos (por ejemplo, la muerte de la madre). También los procesos de duelo son más difíciles de elaborar cuando las muertes se producen “contra la secuencia natural de la vida” (por ejemplo, en los jóvenes).
- **Variables relacionadas con las circunstancias de la pérdida:** tienden a complicar el duelo las situaciones en las que no se llega a ver al muerto o cuando no se llega a poseer seguridad de su muerte o cuando

⁴² Isa Fonnegra de Jaramillo, op. cit., p.193 y194.



el cadáver ha sido mutilado. También la forma de recibir la noticia, las pérdidas anteriores recientes, las pérdidas prematuras o las pérdidas inesperadas pueden dificultar la elaboración de un proceso de duelo.

- **Variables psicosociales:** las condiciones de vida precarias, el aislamiento social, la existencia de prácticas sociales que dificultan el duelo, la mezcla del duelo con problemas sanitarios, la forma de comunicar la pérdida, etc., son circunstancias psicosociales que afectan a los procesos de duelo.
- **Variables interpersonales:** todas las circunstancias que ocurren en la elaboración del duelo son mediadas por la personalidad del sujeto en duelo. Así mismo el tipo de vínculo con el ser perdido puede dificultar la elaboración de un proceso de duelo, como en el caso de relaciones ambivalentes o de dependencia con el fallecido.

Por lo tanto el duelo desde el punto de vista dinámico es, un proceso activo (y no un estado) de adaptación ante la pérdida de un ser amado, un objeto o un evento significativo, que involucra las relaciones de tipo físico, conductual, emocional, familiar, social y espiritual que se presentan respuesta a él. El duelo implica llevar a cabo cambios que generan también ansiedad, inseguridad y temor.⁴³

El duelo en la adolescencia, es algo complicado, partiendo desde que la adolescencia es una etapa por sí misma difícil, el adolescente debe hacer frente a todos los cambios, dificultades y conflictos propios de su edad al mismo tiempo que enfrenta la dolorosa tarea de hacer frente al proceso del duelo, sea cual sea la pérdida que lo originó. Se habla también que el desarrollo del cuerpo no siempre va acompañado de la madurez afectiva, suele suceder que al adolescente se le pida que sea fuerte e incluso su necesidad de sentirse y verse como un adulto le hace aparentar fortaleza ante situaciones que le generan mucha ansiedad y temor. Los adolescentes perciben la muerte como algo que les hace “diferentes” y no expresan sus sentimientos por pensar que eso es sinónimo de debilidad. Este tipo de conflictos puede traer

⁴³ Ibid, p. 165.



como resultado que el adolescente renuncie a vivir su propio duelo (duelo aplazado o congelado) lo cual puede afectar significativamente su desarrollo biopsicosocial.

Existen ciertos signos que indican que un adolescente es afectado ante un proceso de duelo:

- Síntomas de depresión, dificultades para dormir, impaciencia, baja autoestima.
- Fracaso escolar o indiferencia hacia las actividades extraescolares.
- Deterioro de las relaciones familiares o con los amigos.
- Conductas de riesgo: abuso del alcohol y otras drogas, peleas, relaciones sexuales sin medidas preventivas, etc.
- Negación del dolor y alardes de fuerza y madurez.

Es importante que el adolescente cuente con un apoyo emocional que le permita expresar sus verdaderos sentimientos ante la pérdida, ya que la persona que muere, la intensidad del vínculo afectivo con la persona fallecida, las circunstancias de la muerte y la manera en que el adolescente enfrenta su adolescencia, son factores determinantes para elaborar un proceso de duelo patológico o no en la adolescencia.

❖ **Etapas del proceso de duelo**

Considerando esta gran angustia que se presenta durante el proceso del duelo que se origina durante la pérdida o muerte de un familiar o ser querido, para estos casos, la Dra. Kübler Ross, psiquiatra y pionera en tanatología, clasifica en cinco las etapas de adaptación experimentada por los enfermos terminales y sus familiares:⁴⁴

1. **Negación.** Asombro, shock ante la terrible noticia que genera una gran angustia y el aislamiento de la persona afectada. La negación

⁴⁴ Elizabeth, Kübler-Ross, op. cit.



funciona como un amortiguador que permite recobrase luego de la noticia, para después mover otros mecanismos de defensa menos radicales.

2. Rabia. Cuando ya no se puede mantener la negación, se sustituye por sentimientos de enojo, odio, envidia, reacciones no controlables que el enfermo debe experimentar y vivir para asimilar los hechos. La pregunta lógica es: ¿Por qué yo? La ira se proyecta contra todo y contra todos.

3. Regateo. Negociación, aceptación condicionada. Si no se puede afrontar la triste realidad, enojándose en un principio con Dios y con todo ser viviente en un segundo momento, entonces, a lo mejor se puede llegar a un acuerdo que posponga lo inevitable. Como niños ante un permiso negado, se reacciona primero con gran enojo para después cambiar de idea y negociar: si obedezco todas las indicaciones, tal vez el pronóstico cambie.

4. Depresión. Cuando el enfermo ya no pueda seguir negando su enfermedad ni sostener su rabia, empieza a tener la sensación de una gran pérdida y cae en una gran depresión. En esta etapa es indispensable facilitarle que exprese su dolor porque así le será más fácil llegar a la aceptación. Incluso se mostrará agradecido con quien lo puede escuchar, sin pedirle que no esté triste.

5. Aceptación. Si un paciente tuvo tiempo y se le ayudó en todas las fases anteriores, llegará a la aceptación. Su muerte ya no le deprimirá ni tampoco lo enojará. Se sentirá débil, cansado y dormirá por breves intervalos. No es un abandono resignado o desesperanzado pero tampoco se trata de una fase de felicidad. En la aceptación existe una como vaciedad de sentimientos. Es el descanso final antes del largo viaje. Es en esta fase cuando la familia necesita más el apoyo.



Si bien es cierto que la doctora Kübler Ross es considerada como la pionera de la Tanatología, por introducir esta disciplina en Estados Unidos en el año de 1965, esta es retomada e introducida a la Ciudad de México por el presidente de la Asociación Mexicana de Tanatología (AMTAC) y de la Asociación Internacional de Tanatología y Suicidiología (AITS) el Dr. Luis Alfonso Zubiría. A quien le llamó la atención por ser una disciplina que proporciona ayuda profesional al enfermo terminal y sus familiares, a personas con ideas suicidas y a todo aquel individuo que haya tenido una pérdida significativa, y que esté en proceso de duelo, y sobre todo porque concibe integralmente a la persona como un ser bio-psico-social y espiritual. Zubiría⁴⁵ ha clasificado las etapas del duelo de la siguiente manera:

A) Depresión (Catástrofe del “YO”). Tomada como emoción, no como enfermedad. Desde el momento que se sabe que murió el ser querido, el familiar sentirá que su YO está mutilado, siente que su corazón está junto al cadáver y se va con él. Hay una negación que consiste en no creer lo que se está viviendo, como en una pesadilla de la que se espera despertar para que la vida siga igual que antes. Poco a poco entra la realidad completa, el sufrimiento del duelo se agudiza alrededor de los dos primeros meses del fallecimiento. Entonces se viven sensaciones de: pérdida de la vida (todo gira en torno al ser que murió), pérdida de interés por la propia vida (una tristeza que parece infinita y eterna), una frustración insoportable, cambios de conducta respecto al sueño y la alimentación, necesidad de llorar y serios sentimientos de culpa.

B) Rabia (Período de agresión búsqueda de indiferencia). Es el primer mecanismo de defensa: los sentimientos negativos salen del propio YO (no siempre para fijarse en el TU. Se presenta una crisis donde surgen sentimientos como lo es el enojo y odio, reacciones agresivas no controlables que se experimentan antes de asimilar la situación, rabia hacia Dios, al médico, a los vivos, a ciertos familiares y por todo. La rabia se transforma en sentimientos de culpa, sobreviniendo la tristeza.

⁴⁵ <http://www.tanatologia.org.mx>



C) Perdón (Huída hacia delante ideologización). La culpa siempre se basa en un absurdo, si no se quita se convertirá en la más fiel y dolorosa compañera de la muerte. La culpa no se puede manejar, se debe quitar. Se entra a la tercera etapa que tanatológicamente, es la más importante como arma terapéutica. El perdón, quién sufre el duelo debe llegar a perdonar en primer lugar al propio YO, a quien murió, a los demás familiares y a los amigos. Explicar todos los sentimientos de culpa por difícil que parezca. Mientras no se pueda perdonar, la vida estará sumergida en una profunda tristeza. El perdón es una condición necesaria para tener una paz interior.

D) Aceptación. Una vez que ha pasado por las etapas anteriores ha llegado a esta última en donde ya no hay sentimientos ni pensamiento negativos, sino una profunda calma y asentimiento de la situación. La aceptación es el final del duelo. La aceptación se da cuando se siente, que la muerte, como tal, no existe, sino que, lo que trajo, fue simplemente un cambio de presencia. La aceptación auténtica se da cuando se percibe que dentro de uno mismo esta vivo el recuerdo de la persona que murió.

El dolor que provoca el sufrir una pérdida significativa es uno de los acontecimientos más angustiosos y usuales en el ser humano, y por medio del proceso de duelo puede disminuir su intensidad y duración hasta culminar en una aceptación del suceso, pero este proceso no siempre es fácil, ya que algunos individuos requieren de la intervención de un profesional, que en este caso podría ser un trabajador social con formación Tanatológica, para poder concluir su proceso de duelo.

El trabajador social pueden intervenir en el área Tanatológica debido a la formación integral y profesional que posee, entre las cuales destacan: la sensibilidad, la empatía que puede lograr para con el doliente, la capacidad para brindar alternativas para orientar el dolor de la persona mediante talleres, técnicas o una metodología enfocada a su problemática, para hacer que el proceso de duelo sea menos estresante, aminorando el dolor y el sufrimiento



por la pérdida, logrando que sigan con su vida y actividad cotidiana coadyuvando al paciente y/o familiares a encontrar una solución satisfactoria, ya que el objetivo principal del Trabajo Social es ayudar a los individuos a lograr la realización más completa posible de sus capacidades en un sentido positivo.

Participación del Trabajador Social en las etapas del duelo

| Etapa del duelo | Participación del Trabajador Social |
|-----------------|--|
| Depresión | La intervención consiste en preparar al paciente y/o a los familiares, antes de darles la noticia en caso de fallecimiento, enfermedad terminal o pérdida de la integridad física: poner en práctica la escucha activa para identificar necesidades. |
| Rabia | Brindar atención en situación de crisis en el paciente y/o familiares. Conocer y distinguir actitudes o reacciones propias de las circunstancias, contener y absorber las reacciones, sin adjudicarse culpas, no ser defensivo, apresurado o agresivo. |
| Perdón | Informa e invita a que el paciente y/o familiares hablen sobre el futuro inmediato, expresa la visión que tiene frente al suceso. Aclara, señala y orienta sobre los alcances y objetivos posteriores. |
| Aceptación | Brinda la posibilidad de intervención subsecuente y seguimiento del caso. |



Manifestaciones del duelo

Durante el proceso de duelo pueden aparecer ciertas manifestaciones, claro que estas pueden variar de persona a persona y no en todos los casos se presentan:

- a) **Sentimientos:** tristeza, soledad, añoranza, ira, culpabilidad, autorreproche.
- b) **Sensaciones físicas:** estómago vacío, tirantez en tórax o garganta, hipersensibilidad a los ruidos, sentido de despersonalización, sensación de ahogo, boca seca.
- c) **Cogniciones o pensamientos:** incredulidad, confusión, preocupación, presencia del fallecido, alucinaciones visuales y auditivas.
- d) **Comportamientos o conductas:** sueño con el fallecido, trastornos del apetito por defecto o por exceso, conductas no meditadas dañinas para la persona (conducción temeraria), retirada social, suspiros, hiperactividad y llorar, frecuentar los mismos lugares del fallecido.

Therese Ran, psicóloga en duelos ha establecido seis tareas que hay que atravesar en el duelo las cuales empiezan con R y que son llamadas las “seis R” del duelo⁴⁶:

- **Reconocer la pérdida:** admitir y atender la muerte.
- **Reaccionar** ante la separación: permitirse sentir esto es, identificar, aceptar y expresar emociones y sentimientos.
- **Recordar** y reexperimentar la relación: admitir y revivir los sentimientos, los recuerdos y los momentos compartidos, ya sean buenos o malos, en forma realista.
- **Replantear** los papeles: estar dispuesto a replantear la identidad previa, el estilo, los valores, aceptando que el mundo presuntivo cambio irremediabilmente.
- **Reacomodarse:** adaptarse a un mundo nuevo, diferente e incompleto, si se le compara con el anterior; sustituir la relación presencial por una de nostalgia y recuerdos.

⁴⁶ Isa Fonnegra de Jaramillo, op. cit. p.178.



- **Reinvertir** la energía psicológica: orientar el amor, el interés y la dedicación que ligaba al doliente con quién murió hacia la búsqueda de nuevos proyectos, ilusiones, afectos y motivos para vivir.

La forma de expresar el duelo esta estrechamente relacionada con la cultura a la que se pertenezca (por ejemplo vestirse de negro), a las situaciones que rodean la pérdida, a la edad de la persona que fallece, la situación vital, si se trata de una muerte anticipada o repentina. Ésta va a abarcar distintos tipos de emociones, tales como llanto, negación, aturdimiento, etc. El grado de recuperación del duelo determina si un individuo logra una vida estable o inestable. Cuando ocurre la pérdida, la tristeza resultante da lugar a un proceso de reorganización que restablece la capacidad de la persona para funcionar de modo normal, el duelo.

❖ **Importancia del proceso de duelo**

Como ya se mencionó pérdida, muerte y duelo son conceptos relacionados, la pérdida es sin duda una afectación emocional ante la privación de algo significativo, la muerte es quizá la expresión de pérdida más tangible y el duelo es el proceso que permite la cicatrización de la herida después de la pérdida.

El duelo es por lo tanto el desenlace que permite recuperar el equilibrio perdido después de los desajustes emocionales tras una pérdida. La importancia del duelo radica en:

- Concede a la persona en duelo el tiempo suficiente para la superación del mismo. Algunas personas parecen superar la pérdida rápidamente, pero otras precisan de más tiempo.
- Permite aceptar a nivel individual la pérdida y la nueva situación que conlleva la muerte.
- Proporciona un lapso de tiempo designado para el sufrimiento y la tristeza.



- Permite la expresión a nivel social, ya que los ritos propios de cada cultura, facilitan la comunicación del hecho a la comunidad.
- Ayuda al doliente a expresar su afectividad.
- Propicia vencer los impedimentos que evitan el reajuste después de la pérdida.
- Permite la estimulación para decir "adiós" al fallecido y sentirse confortable a la nueva situación.
- Permite despedirse y desprenderse de la persona que ha fallecido, para que después de un tiempo considerado puedan recordarlo sin que esto les ocasione algún sufrimiento innecesario.

Llega un momento después de la pérdida en que se sabe que es necesario soltar el dolor y el pasado. En que se tiene presente que la vida continúa y que ésta espera, llena de nuevas posibilidades y que la persona que ha fallecido y la sociedad, no reprocharán el querer reincorporarse a la vida.

No hay nada malo en querer disfrutar, en querer ser feliz, en querer establecer nuevas relaciones. En realidad, el corazón herido cicatriza abriéndose a los demás, esto mediante la superación del proceso de duelo, esta superación, se va a lograr a través de una buena elaboración del proceso de duelo, aceptando a nivel individual la pérdida y dándose el tiempo necesario para que la herida cicatrice, pero sobre todo cuando se logra el desprendimiento de la persona que ha fallecido, y se puede recordar con cariño, sin que el dolor invada.

Finalizar el duelo no es olvidar. Para cada persona puede significar cosas distintas:

- Puede significar llegar a perdonarle y perdonarte por todo lo que quizás no fue la relación, por todo lo negativo, por el daño causado.
- Pensar en él o ella sin sentir ya ese latigazo de dolor y recordarle con ternura y agradecimiento por lo vivido juntos.
- Es poder dar un sentido a todo lo que has vivido en estos meses o años.



- Es entender con el corazón en la mano que el AMOR no se acaba con la muerte.

En cierto modo, uno nunca se recupera de una pérdida significativa, porque ésta inevitablemente cambia la vida de quien la sufre. Así que cada persona tiene el derecho de escoger si ese cambio será para mejorar, todo esto va a depender de la capacidad que tenga la persona para enfrentar la pérdida y para elaborar su proceso de duelo. Por lo tanto es necesario que se fomente desde la infancia una cultura en cuanto a pérdida se refiere, así como de los procesos de duelo, para que así llegada la etapa de la adolescencia, éste cuente con las herramientas necesarias para enfrentar una situación estresante como lo es la pérdida, la muerte y el duelo, de manera que si se tiene que vivenciar una situación de este tipo, pueda elaborar su proceso de duelo sin que la pérdida cause mayores efectos negativos en su desarrollo biopsicosocial y pueda así el duelo ejercer su objetivo, cicatrizar la herida de la pérdida sufrida.



CAPITULO IV

TRASTORNOS EN LA ADOLESCENCIA

DERIVADOS DE LOS PROCESOS DE PÉRDIDA, MUERTE Y DUELO



IV. I TRASTORNOS QUE SE DERIVAN DE LOS PROCESOS DE PÉRDIDA, MUERTE Y DUELO

La etapa adolescente, por sí misma es una etapa difícil, debido a los múltiples cambios que se vivencian, cuando a dichos cambios se les une un acontecimiento estresante, como lo es una pérdida, muerte o duelo, la situación se torna trastornante.

Por lo general las pérdidas, la muerte y los procesos de duelo pueden aplicarse a procesos psicológicos que traen como consecuencia factores estresantes que pueden originar igualmente reacciones desadaptativas con manifestaciones de índole depresiva y emocional como tristeza, llanto, desesperanza, impotencia, rabia y culpa, además de disfunción importante en la actividad social. En un sentido más amplio se puede entender la muerte de un ser querido y procesos de duelo como el conjunto de representaciones mentales y conductas vinculadas con una pérdida afectiva.

El duelo no es un trastorno mental aunque el DSM-IV lo clasifica en la categoría diagnóstica de trastornos adicionales que pueden requerir atención clínica, y la CIE 10 clasifica dentro de los trastornos adaptativos, sólo a las reacciones de duelo que se consideren anormales por sus manifestaciones o contenidos.

En el DSM IV, la clasificación de *Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica*, hace referencia al Duelo, “esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es una reacción a 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 (p. Ej. sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio, anorexia y pérdida de peso). La persona con duelo valora el estado de ánimo depresivo como “normal”, aunque puede buscar ayuda profesional para ayudar los síntomas asociados como el insomnio y la anorexia. La duración y la expresión de un duelo “normal” varían



considerablemente entre los diferentes grupos culturales. El diagnóstico de trastorno depresivo mayor no está indicado a menos que los síntomas se mantengan dos meses después de la pérdida. Sin embargo, la presencia de ciertos síntomas que no son característicos de una reacción de duelo “normal” pueden ser útiles para diferenciar el duelo del episodio depresivo mayor. Entre aquellos 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, 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, y 6) experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida”.⁴⁷

Por otra parte en el DSM IV, Eje IV, en el apartado de *Problemas psicosociales y ambientales*, se encuentran dos clasificaciones que hacen referencia a problemas que tienen que ver con la pérdida de un ser querido. “En el Eje IV se registran los problemas psicosociales y ambientales que pueden afectar el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los trastornos mentales (Eje I y II). Un problema psicosocial y ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o a los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona. Los denominados estresantes positivos, como una promoción laboral, solo deben hacerse constar si constituyen un problema o conducen a él, como cuando una persona tiene dificultades para adaptarse a una situación nueva. Además de desempeñar un papel en el inicio o exacerbación de un trastorno mental, los problemas psicosociales también pueden aparecer como consecuencia de la psicopatología, o puede constituir problemas que deben tomarse en consideración en el planteamiento de la intervención terapéutica general.

⁴⁷ DSM IV, Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, op. cit.



Por razones de conveniencia los problemas se han agrupado en las siguientes categorías: Problemas relativos al grupo primario de apoyo, problemas relativos al ambiente social, problemas relativos a la enseñanza, problemas laborales, problemas de vivienda, problemas económicos, problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria, problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen y otros problemas psicosociales y ambientales⁴⁸. Siendo los dos primeros problemas los que contemplan la pérdida de un ser querido.

En la Clasificación Multiaxial de los Trastornos Mentales CIE 10 (1992)⁴⁹ se emplea el código Z 63.4 (en el DSM – IV), para el duelo normal y el epígrafe de los trastornos de adaptación F.43, para el duelo patológico, en este se contempla el apartado de trastornos de reacción a estrés grave y trastornos de adaptación, para hacer alusión a la pérdida de un ser querido y los procesos de duelo.

Incluye trastornos que se identifican no sólo por la sintomatología y el curso, sino también por uno u otro de los dos factores siguientes: antecedentes de un acontecimiento biográfico, excepcionalmente estresante capaz de producir una reacción a estrés agudo o a la presencia de un cambio vital significativo, que de lugar a situaciones desagradables persistentes que llevan a un trastorno de adaptación. En otras palabras, el estrés no es un factor ni necesario ni suficiente para explicar la aparición y forma del trastorno. Por el contrario, los trastornos agrupados en esta categoría aparecen siempre como una consecuencia directa de un estrés agudo grave o de una situación traumática sostenida. El acontecimiento estresante o las circunstancias desagradables persistentes son un factor primario y primordial, de tal manera que en su ausencia no se hubiera producido el trastorno. Las reacciones a estrés grave y los trastornos de adaptación se presentan en todos los grupos de edad incluyendo niños y adolescentes, y por lo tanto deben codificarse de acuerdo con las pautas de esta categoría.

⁴⁸ Ibid., p.31 y 32.

⁴⁹ <http://www.psicoadictiva.com/CIE-10>



Reacción a estrés agudo. Trastorno transitorio de una gravedad importante aparente en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por general remite en horas o días. El agente estresante puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física del enfermo o de las personas queridas (por ejemplo, catástrofes naturales, accidentes, batallas, atracos, violaciones) o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo (por ejemplo, pérdidas de varios seres queridos, incendio de la vivienda, etc.). El riesgo de que se presente un trastorno así aumenta si están presentes además un agotamiento físico o factores orgánicos (por ejemplo, en el anciano).

Trastorno de estrés post-traumático. Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de un crimen). Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Trastorno de adaptación. Estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales emigración, condición de refugiado). El agente estresante puede afectar sólo al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad.



IV. II PRINCIPALES TRASTORNOS EN LA ADOLESCENCIA DERIVADOS DE LOS PROCESOS DE PÉRDIDA, MUERTE Y DUELO

Si bien la muerte de un ser querido puede traer como consecuencia trastornos mentales, existen ciertos trastornos recurrentes cuando estas circunstancias se presentan. La CIE-10⁵⁰ describe como manifestaciones clínicas más relevantes, humor depresivo, ansiedad, preocupación, sentimiento de incapacidad para afrontar problemas y el futuro, y un cierto grado de deterioro en la vida cotidiana. Pueden aparecer manifestaciones dramáticas o exposiciones de violencia y en los adolescentes pueden añadirse trastornos disociales.

F30-39 Trastornos del humor (afectivos): La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes. Esta sección incluye los trastornos del humor (afectivos) en todos los grupos de edad. Aquellos que se presentan en la infancia y adolescencia se codificarán por tanto también de acuerdo con las pautas que siguen.

F32 Episodios depresivos: En los episodios depresivos típicos el enfermo que los padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.

⁵⁰ Idem.



- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia.

F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes: Trastornos persistentes del estado de ánimo, que suelen ser de intensidad fluctuante, en los que los episodios aislados son rara vez los suficientemente intensos como para ser descritos como hipomaníacos o incluso como episodios depresivos leves.

F34.0 Ciclotimia: Trastorno caracterizado por una inestabilidad persistente del estado de ánimo, que implica la existencia de muchos períodos de depresión y de euforia leves. Las oscilaciones del ánimo son relativamente leves y los períodos de euforia pueden ser muy agradables, la ciclotimia pasa frecuentemente desapercibida a la atención médica. Si fuere necesario, puede especificarse si el comienzo es precoz (tuvo lugar durante la adolescencia).

F34.1 Distimia: Depresión crónica del estado de ánimo que no se corresponde con la descripción o las pautas para el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado (F33.0, F33.1), por su gravedad o por la duración de los episodios (aunque pueden haberse satisfecho las pautas para un episodio depresivo leve en el pasado, en especial al inicio del trastorno). Si fuere necesario, puede especificarse si el comienzo es precoz (tuvo lugar durante la adolescencia).

F50 Trastornos de la conducta alimentaria (F50.4Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas): Ingesta excesiva como reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionales estresantes pueden dar lugar a una “obesidad reactiva”.

F51 Trastornos no orgánicos del sueño: Se trata de un grupo de trastornos que incluye:



- a) **Disomnias:** trastornos primariamente psicógenos en los que la alteración predominante consiste en la afectación de la cantidad o duración del sueño, debida a las causas emocionales, por ejemplo el insomnio, el hipersomnio y los trastornos de ritmo de sueño-vigilia.
- b) **Parasomnias:** trastornos episódicos durante el sueño, los cuales durante la infancia están relacionados por lo general con las fases del desarrollo del niño, mientras que en la madurez son fundamentalmente psicógenos, tales como el sonambulismo, los terrores nocturnos y las pesadillas.

F91. Trastornos disociales: Se caracterizan por una forma persistente y reiterada de comportamiento disocial, agresivo o retador. En sus grados más extremos pueden llegar a violaciones de las normas, mayores de las que serían aceptables para el carácter y la edad del individuo afectado y las características de la sociedad en la que vive. Se trata de desviaciones más graves que la simple “maldad” infantil o rebeldía adolescente. Los actos antisociales o criminales aislados no son por sí mismos base para el diagnóstico, que implica una forma duradera de comportamiento.

F92 Trastornos disociales y de las emociones: Grupo de trastornos que se caracterizan por la combinación persistente de un comportamiento agresivo, disocial o retador, con manifestaciones claras y marcadas de depresión, ansiedad u otras emociones.

F92.0 Trastorno disocial depresivo. Combinación de trastorno disocial de la infancia y de depresión persistente y marcada del estado de ánimo, puesta de manifiesto por síntomas tales como sentimientos excesivos de infelicidad, pérdida de interés y placer de las actividades habituales, reproches hacia sí mismo, desesperanza. También pueden estar presentes trastornos del sueño o del apetito.



El DSM IV, por su parte señala que ante la reacción de pérdida pueden aparecer generalmente síntomas característicos del episodio depresivo mayor.

Episodio depresivo mayor: la característica de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante la menor de las dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

IV. III RESILIENCIA EN EL ADOLESCENTE ANTE LOS EVENTOS POSTRAUMÁTICOS.

En el transcurso de la vida, el ser humano se enfrenta a muchas adversidades, las cuales cada individuo afronta de manera muy particular, la forma en que les hace frente y la manera en como estas experiencias repercuten en su vida, son aspectos que están relacionados íntimamente con el término de “resiliencia”, termino que viene de la Física: “capacidad de los materiales de recobrar la forma originaria luego de haber sido deformados por una fuerza externa”. El término se adopto por las ciencias sociales para caracterizar a aquellos sujetos, que a pesar



de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y socialmente exitosos

El concepto de resiliencia es entendido como la capacidad para recuperarse y sobreponerse con éxito a la adversidad, es decir, que las personas puedan sobreponerse a las experiencias negativas y a menudo hasta se fortalecen en el proceso de superarlas.⁵¹

Partiendo de esta definición, se puede llegar a la conclusión de que la resiliencia ofrece un modelo cuyo objetivo es brindar dos mensajes importantes:

- 1) Que la adversidad no conduce automáticamente a la disfunción, sino que puede tener diversos resultados para el individuo que la sufre.
- 2) Y que incluso una reacción inicial disfuncional a la adversidad puede mejorar con el tiempo.⁵²

⁵¹ Nan Henderson, Mike M. Milstein , *Resiliencia en la escuela*, Ed. Paidós, Argentina 2004 p.15

⁵² Ibid. p. 25.

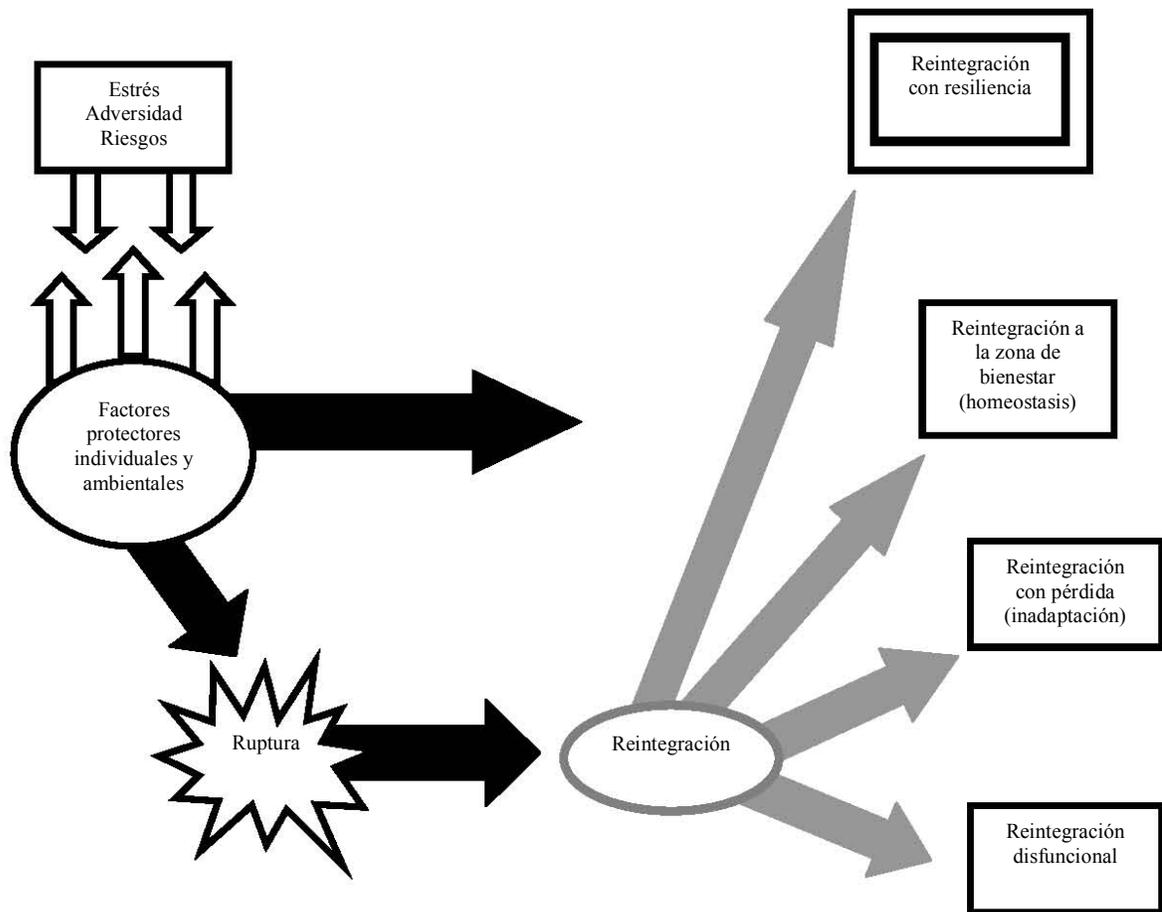


Figura 1.1 El modelo de la resiliencia
 Fuente: Adaptado de Richardson, Neiger, Jenson y Kumpfer, 1990

La resiliencia es una capacidad que resulta de un proceso dinámico, evolutivo, en que la importancia de un trauma puede superar los recursos del sujeto; varía según las circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida; puede expresarse de modos muy diversos según la cultura.⁵³

La resiliencia es fruto de la interacción de factores de riesgo y de factores de protección⁵⁴. Ahora bien, existen dos enfoques complementarios, al hablar de resiliencia: el enfoque de riesgo, el cual se centra en la enfermedad, en el síntoma y en aquellas características que se asocian con una elevada probabilidad de

⁵³ Michael Manciaux, et al, *La resiliencia: resistir y rehacerse*, Gedisa. Barcelona 2003 p.23

⁵⁴ Idem.



daño biológico, psicológico y social a la hora de que el individuo se enfrenta a una situación estresante y el enfoque de resiliencia el cual describe la existencia de escudos protectores contra energías riesgosas expresadas en términos de daños o riesgos, atenuando sus efectos, y en ocasiones transformándolas en factor de superación de la circunstancia difícil.

- **Factores de riesgo.** Son aquellas características, hechos o situaciones propias del sujeto o de su entorno, que aumentan la posibilidad de desarrollar desajuste biopsicosocial. Estas características o situaciones de riesgo pueden ser desestabilizadoras, entre ellas se encuentran: maltrato, indigencia, aislamiento social, enfermedades crónicas, patologías mentales o alcoholismo parental, toxicomanía.
- **Factores protectores.** Son aquellas fuerzas internas o externas que contribuyen a que la persona resista o aminore los efectos de riesgo al desajuste psicosocial aún con la presencia de factores de riesgo. Entre las cuales se encuentran: la autoestima, la sociabilidad, la simpatía, sentido del humor y sobre todo que la persona tenga una expectativa de vida, es decir que se forje metas para su proyecto de vida.

Los factores protectores personales en la adolescencia pueden ser: habilidades comunicativas y de resolución de problemas, competencia escolar, sentido del humor, autoestima elevada, autonomía, tolerancia a las frustraciones entre otras. En la familia, se manifiestan por apoyo incondicional, creencias religiosas que promuevan la unidad familiar y la búsqueda de significados positivos en tiempos difíciles. Los diferentes factores protectores y los de riesgo no actúan aisladamente en el adolescente, cuando este tiene la capacidad de modular el estrés provocado por las diferentes circunstancias a las que se enfrenta, se puede dar como resultado relaciones funcionales que le permiten la atenuación de los efectos de las circunstancias adversas y poder hacerles frente a los factores de riesgo a partir del uso de los factores protectores y de su resiliencia en general.



La resiliencia es por tanto el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y la personalidad del ser humano.

Si bien el término de resiliencia hace alusión a las habilidades innatas del sujeto a hacer frente a las adversidades de la vida, la resiliencia también puede ser fomentada, es decir a los factores temperamentales (que vienen con la herencia genética y que pueden ser modelados) se suman los factores ambientales que pueden ser adquiridos, promovidos y modificados.

La resiliencia, entonces tienen que ver con el sujeto y la interacción que este establece con su entorno no se puede ser resiliente por sí solo, pues la resiliencia se construye en interacción con el entorno y con el medio social. Debido a que el adolescente y el ambiente en el que se desarrolla son agentes activos, el adolescente no debe ser un receptor pasivo de los estímulos que recibe por el contrario éste se encuentra constantemente modulando estos a su conducta, en este proceso se mezclan componentes genéticos, psicológicos y sociales, por lo cual existen factores de riesgo y factores protectores.

El ambiente es crucial para la resiliencia del individuo, por dos motivos:

- 1) Los factores protectores internos que ayudan a un individuo a ser resiliente frente a una tensión o una amenaza suelen ser resultado de determinadas condiciones ambientales que promueven el desarrollo de estas características.
- 2) Las condiciones ambientales inmediatas existentes, en adición a la tensión o a la amenaza, contribuyen a contrapesar las respuestas del individuo, pasando de las de inadaptación o disfunción a las de homeostasis o resiliencia.⁵⁵

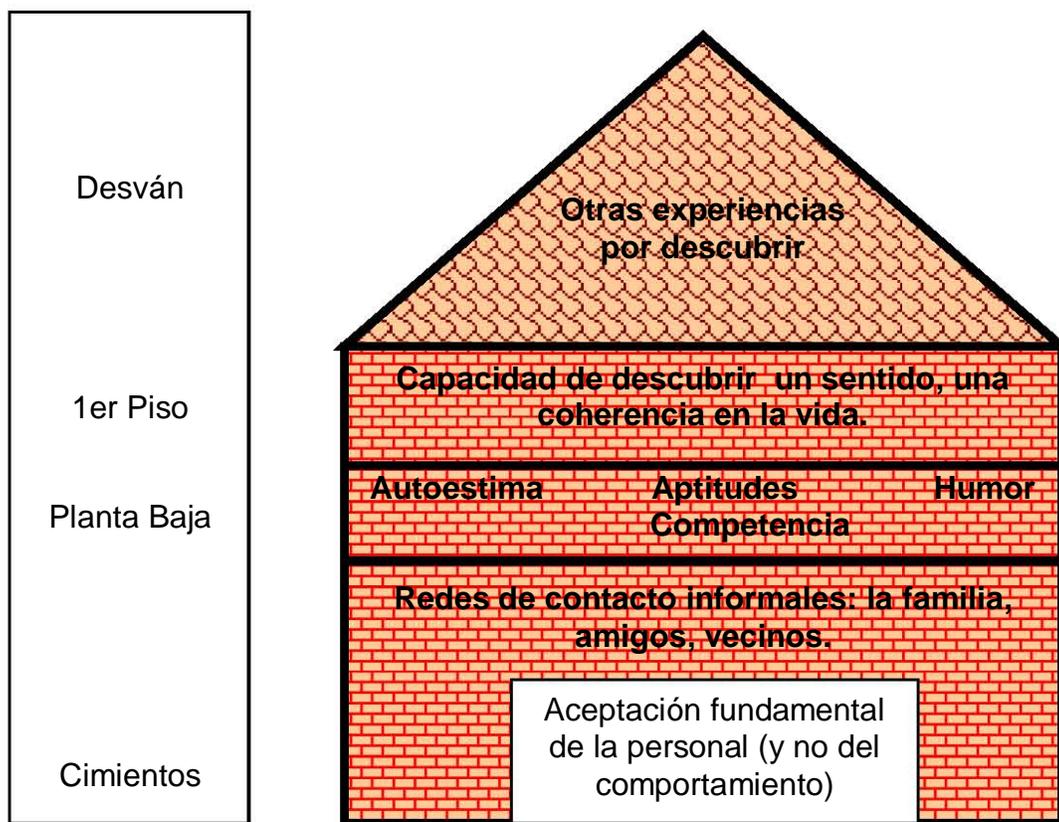
⁵⁵Ibid. p. 26



Sin dejar de lado que el pilar de la resiliencia es la autoestima y ésta se desarrolla a partir del amor y el reconocimiento, este primer pilar de la resiliencia es la base del desarrollo de todos los otros pilares de la resiliencia.

Uno de los conceptos que puede ser el más concreto, satisfactorio y universal, que bien puede ser transcultural, es el concepto de construcción de resiliencia, ilustrado a través de la **casita de la resiliencia**, ya que este puede dar cabida a varias características que sean factores que faciliten la aparición de la resiliencia y de las cualidades derivadas de ellas.⁵⁶

Ahora bien, “La Casita”, es un esquema a partir del cual se pueden representar los elementos con los que se puede construir la resiliencia.



⁵⁶ Michael Manciaux, et. al. op. cit. , p. 25, 26.



El suelo representa las necesidades básicas (salud, nutrición, reposo, recreación, etc.). El esquema de la “casita esta propuesto a nivel internacional. En la “casita” cada habitación refiere un campo para la construcción y mantenimiento de la resiliencia. Debido a que las culturas son diferentes y variadas, no se puede indicar las acciones a realizar en cada habitación de la casita. El suelo de las necesidades materiales varía de un país a otro. La cultura local representa el material de construcción de la casita. Sin embargo, la resiliencia es un enfoque y la casita es solo una herramienta de trabajo, que permite detectar puntos fuertes débiles en un adolescente y del entorno en que vive.

Por lo tanto la resiliencia tiene como finalidad el fomento de la salud mental, y en la etapa de la adolescencia, pretende ayudar al adolescente, que esta pasando por una situación estresante (que la misma etapa representa), a seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves, ya que la resiliencia es considerada como un ajuste saludable a la adversidad.

Según Vanistendael y Lecomte ser resiliente no significa recuperarse, en el sentido estricto de la palabra, sino crecer hacia algo nuevo, volver a un estado inicial es ahora imposible, más bien hay que saltar hacia delante, abrir puertas sin negar el pasado doloroso, pero superándolo. Así pues, la resiliencia lleva a una metamorfosis del individuo.⁵⁷

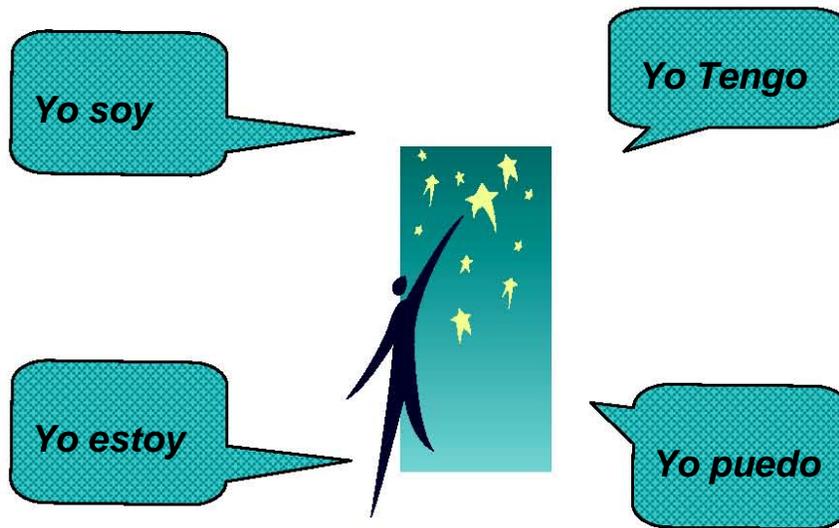
De acuerdo con Edith Grotberg⁵⁸, para hacer frente a las adversidades, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado, los niños y adolescentes toman factores de resiliencia de cuatro fuentes que se visualizan en las expresiones

⁵⁷ Ibid. p. 53

⁵⁸ Edith Grotberg. (1997): *La resiliencia en acción*, trabajo presentado en el Seminario Internacional sobre Aplicación del Concepto de Resiliencia en Proyectos Sociales, Universidad Nacional de Lanús, Fundación Van Leer, 1997.



verbales de los sujetos (niños, adolescentes o adultos) con características resilientes:



- “Yo soy” y “yo estoy”, habla de las fortalezas intrapsíquicas y condiciones personales.
- “Yo tengo” en mi entorno social, personas en quienes confiar, que me ponen límites, que con su conducta demuestran su cariño, etc.
- “Yo puedo”, concierne a las habilidades en las relaciones con los otros.

Entonces se puede decir que la resiliencia es la capacidad de una persona para hacer las cosas bien pese a las condiciones de vida adversas, a las frustraciones, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado, en otros términos recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva para sí y para la sociedad en la que está inmerso.

La resiliencia es por tanto un factor que se debe fomentar durante la etapa de la adolescencia ya que esta hace referencia a las fortalezas en contraposición a las debilidades del sujeto, en la medida en que los adolescentes pasan por una etapa difícil, debido a los múltiples cambios que se viven a esta edad asociados a otros factores estresantes que pueden ocurrir y sumarse a los factores de riesgo de la adolescencia.



IV. IV PERDIDA, MUERTE, DUELO Y RESILIENCIA CON ADOLESCENTES

Al hablar de duelo, se habla de la reacción psicológica que presentan algunas personas ante una pérdida muy significativa. En este sentido es el sentimiento provocado por la muerte de un ser querido, este supone un proceso más o menos largo y doloroso de adaptación a la nueva situación, para lo cual es necesario que exista una elaboración del duelo, esto significa hacerse partícipe de los sentimientos que provoca la pérdida, valorar la importancia y soportar el sufrimiento. Esto no quiere decir que el proceso va a venir luego de la pérdida, ya que puede o no presentarse al instante, en algunas situaciones el duelo se presenta un tiempo después de la pérdida. Lo que aquí converge es la relación del duelo con la resiliencia en los adolescentes.

Ahora bien ya se habló de que la resiliencia hace alusión a las capacidades innatas y aprendidas del ser humano para hacer frente a situaciones traumáticas, e incluso sobreponerse a ellas con un aprendizaje que le permite sacar provecho de dichas situaciones.

No obstante se habla también de la resiliencia a través de las etapas del desarrollo humano, llamada “mandala de las resiliencias”, que hace referencia a la existencia de siete resiliencias, las cuales se hacen mucho más fuertes y estructuradas con forme las etapas del desarrollo humano, adoptando diferentes manifestaciones en cada una de ellas⁵⁹. El siguiente cuadro da una explicación de dicha evolución de las siete resiliencias, con lo que se pretende resaltar su manifestación en la adolescencia:

⁵⁹ Maria Piedad Puerta de Klinkert, *Resiliencia la estimulación del niño para enfrentar desafíos*, Lumen Hvmánitas, Buenos Aires, México, 2002.



| Resiliencias | Desarrollo de las resiliencias en cada etapa del ciclo vital | | |
|---|---|---|---|
| | Niñez | Adolescencia | Edad adulta |
| Insight o Perspicacia: Capacidad para observar y observarse a uno mismo simultáneamente. Para hacerse preguntas difíciles y darse respuestas honestas | Intuición: forma particular de sentir. Intuición preverbal sobre algo que el niño percibe como injusto en su mundo. | Conocimiento: capacidad para darles nombre a los problemas y observarlos desde afuera de uno mismo, sin autoculparse. Conocimiento sistemático y bien articulado del problema. | Comprensión: capacidad para emplear experiencias ya vividas en la solución de problemas actuales. |
| Independencia: capacidad para fijar los propios límites en relación con el medio problemático, para mantener distancia física y emocional, sin llegar a hacer en el aislamiento. | Alejamiento: capacidad para tomar distancia de los problemas familiares, que generalmente el niño expresa alejándose para jugar. | No engancharse: capacidad para desentenderse de los problemas familiares con los cuales no tiene relación y tomar las riendas de la propia vida, que generalmente el adolescente expresa dejando de buscar aprobación y amor en sus mayores. | Separación: Capacidad para balancear las necesidades propias y las demandas del medio, para tomar decisiones apropiadas para beneficio propio sin detrimento de los demás. |
| Relación: capacidad para crear vínculos íntimos y fuertes con otras personas. | Relaciones fugaces con personas que están emocionalmente disponibles, que se acercan con simpatía o en el plan de ayuda. | Relaciones que se vuelven “reclutadoras”, intentos deliberados de comprometerse con adultos y pares amables que pueden convertirse en soporte, en actividades gratificantes para ambos. | Relaciones que maduran para convertirse en uniones mutuamente gratificantes, lazos personales que se caracterizan por un equilibrio entre el dar y recibir. |
| Iniciativa: tendencia a exigirse a uno mismo y ponerse a prueba en situaciones cada vez más exigentes. Capacidad para la autorregulación y la | Exploración: tendencia a seguir la propia curiosidad a explorar el mundo físico a través del ensayo y el error. | Trabajo: tendencia a mantenerse ocupado en actividades propias del proceso educativo, tanto como en actividades extraescolares. Capacidad | Generación: capacidad para enfrentar grandes desafíos que generalmente se expresa en forma de liderazgo grupal comunitario, capas de equilibrar los |



| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>responsabilidad personal, necesarias para lograr autonomía e independencia.</p> | | <p>para identificar problemas cuando se presentan</p> | <p>proyectos de trabajo con la vida personal.</p> |
| <p>Humor y creatividad: tienen un a raíz común el primero es la capacidad de encontrar el lado divertido de una tragedia. La segunda es la capacidad de crear orden, belleza y objetivos a partir del caos y el desorden. Ambos son puertos seguros para la imaginación, en donde cada uno puede refugiarse y reestructurar sus experiencias. Capacidad para ver lo absurdo en los problemas y dolores propios. Generalmente son la manifestación de que la adversidad ya ha sido superada.</p> | <p>Juego: es una forma consciente o inconsciente de contrarrestar la fuerza con la cual golpea una situación adversa. El niño suele canalizar sus miedos a través de él, para lo cual utiliza todo el recurso de su imaginación y fantasía para construir un mundo conforme con los propios deseos, dentro del cual recrea las situaciones estresantes de tal manera que pueda controlarlas, logrando así recuperar la confianza y el valor perdidos.</p> | <p>Moldearse: es una forma más elaborada del juego y la fantasía, en la cual aparecen la creación y/o la expresión artística bajo cualquiera de sus manifestaciones, lo que exige disciplina e imaginación. Empleo del arte y la comedia para dar forma estética a los pensamientos y los sentimientos íntimos.</p> | <p>Composición y risa: ambas son formas de verse desde afuera y transformar lo que se tiene en algo beneficioso para uno mismo y para los demás. La primera consiste en la realización de proyectos artísticos serios. La segunda es la capacidad para no hacer nada, para minimizar el dolor con una broma. En esta etapa pasan de ser un solo bloque a separarse y a tener cada una sus propias características.</p> |
| <p>Moralidad: abarca dos variables fundamentales, la capacidad de desearles a otros el mismo bien que se desea para uno mismo, y al mismo tiempo la de comprometerse con valores específicos. Es la actividad de una conciencia informada.</p> | <p>Juicio: capacidad para distinguir entre lo bueno y lo malo, y en base a ello, reconocer aquello que genera la familia, manteniéndose al margen y desarrollando nuevas capacidades de dominio básico sobre la propia vida.</p> | <p>Valores: capacidad para reconocer los propios valores y fortalezas, lo que permite aprender de las experiencias dolorosas y comunicarlas sin angustia ni vergüenza. Capacidad para valorar y decidir cuales comportamientos se deben asumir.</p> | <p>Servicio: capacidad para entregarse a los demás, para servir, para contribuir al bienestar de otros además del personal.</p> |



Ahora bien, tomando en cuenta que la pérdida, la muerte y el duelo, ponen al adolescente ante una situación estresante, porque la adolescencia es por sí misma una etapa difícil, la resiliencia podría significar entonces una alternativa que le permita al adolescente hacer uso de sus recursos para poder enfrentar dichos procesos y que estos no terminen en desequilibrios más estresantes a los que la edad por sí misma conlleva. Existen ciertas características que hacen a los jóvenes resilientes:

- Adecuado control de emociones en situaciones difíciles o de riesgo, demostrando optimismo y persistencia ante el fracaso.
- Habilidad para manejar de manera constructiva el dolor, el enojo, la frustración y otros aspectos perturbadores.
- Capacidad de enfrentar activamente los problemas cotidianos.
- Capacidad para obtener la atención positiva y el apoyo de los demás estableciendo amistades duraderas basadas en el apoyo mutuo.
- Competencia en el área social, escolar y cognitiva; lo que les permite solucionar creativamente los conflictos.
- Mayor autonomía y capacidad de autocrítica.
- Confianza en una vida futura significativa y positiva, con la capacidad de resistir y liberarse de estigmas negativos.
- Sentido del humor, flexibilidad y tolerancia.

Estos elementos de los jóvenes resilientes los hacen menos vulnerables a los factores de riesgos y más resistentes a afrontar circunstancias desalentadoras como lo es una pérdida, muerte o duelo. No hay que dejar de lado que al pasar por una de estas experiencias, el mundo presuntivo (mundo confiable y predecible), es transformado. Tras el cambio y el crecimiento que puede suponer una experiencia tal la persona no retorna al punto de partida siendo la misma de antes, es posible que sea mejor, pero nunca igual. El duelo implica no sólo un proceso de reaprender el mundo externo desorganizado y cambiado, sino también el de reaprenderse y reconocerse a sí mismo.⁶⁰

⁶⁰ Isa Fonnegra de Jaramillo, op. cit



Tomando en cuenta lo ya mencionado que la resiliencia hace referencia a dos aspectos:

- a. la resistencia ante la destrucción, capacidad para proteger la propia integridad, y
- b. salir fortalecido de la situación estresante

Por lo tanto una pérdida, muerte o duelo en sí, son experiencias dolorosas, sin embargo en el mejor de los casos también son situaciones de las cuales el adolescente puede salir fortalecido haciendo uso de su resiliencia, la cual empieza a construirse desde la infancia, esto a través del amor, las muestras de cariño y afecto, se fortalece en la adolescencia y la edad adulta. Así mismo el medio ambiente en el que se desenvuelve y la autoestima que posee el sujeto, son los principales factores que propician la resiliencia, esto aunado a la capacidad que tenga el adolescente para modificar las circunstancias de adversidad a las que se enfrenta, puede favorecerle a tener mejores relaciones que le permitan atenuar los efectos negativos que traen consigo las circunstancias estresantes y adversas para poder enfrentar cualquier situación que pueda ponerlo en una situación de desajuste emocional, la pérdida, la muerte y el duelo junto al concepto de resiliencia son entonces términos ligados cuando se habla de la superación de dichos acontecimientos ligados a un fortalecimiento y aprendizaje de los mismos.



CAPITULO V

LA TANATOLOGÍA EN LA ATENCIÓN AL ADOLESCENTE EN CRISIS



V. I TANATOLOGÍA EN LA ESFERA PSICOEMOCIONAL - ESPIRITUAL DEL ADOLESCENTE.

Concepto de Tanatología

El transcurso de la vida humana es un recorrer lleno de contrastes entre los triunfos disfrutados y las pérdidas sufridas por el ser humano. Cuando la vida permite disfrutar de logros generalmente la gente se olvida que existe una contraparte, los fracasos, que se pueden llamar pérdidas, las cuales generan al ser humano un desequilibrio a nivel biopsicosocial y que en la mayoría de los casos el hombre no cuenta con los recursos necesarios para hacerles frente. Estas pérdidas pueden ser de mucho tipos como ya se vio en el capítulo III, pero cada una de ellas tiene un impacto diferente dependiendo del tipo de pérdida y de la persona que la vive. Sin embargo al hablar de la pérdida de un ser querido, la connotación suele ser totalmente diferente ya que hablamos de lazos afectivos que se rompen, hecho que genera una situación estresante y muy difícil de asimilar para las personas que rodean el acontecimiento, para lo cual se requiere de una atención tanatológica, por lo tanto se habla de la Tanatología.

El concepto de Tanatología procede del griego Thánatos (*muerte*) y logía (*ciencia*). Ciencia encargada del estudio de la muerte, término acuñado por el ruso Elie Metchnikoff (1901)⁶¹. Entonces la Tanatología se define etimológicamente como el estudio de la muerte.

Luego entonces la Tanatología estudia todo lo relacionado con la muerte, el morir, las pérdidas y el duelo. Si bien es cierto que la Tanatología surgió para dar atención a los enfermos terminales, sus alcances hoy en día son más amplios. La Tanatología es la disciplina que estudia e investiga el sentido de la muerte del ser humano considerando los fenómenos bio-psico-sociales y espirituales y los antecedentes y consecuentes que de ella resultan.

⁶¹ <http://sinergia.com/tanatologia.htm>.



Rescatando los elementos más significativos de las diferentes definiciones, como el estudio e investigación se puede decir que la Tanatología es el estudio científico y humanístico de todo conocimiento relacionado con las pérdidas, la muerte y el duelo del ser humano, proporciona las herramientas que se necesitan para enfrentar la muerte y sus distintos procesos. Apoya la revaloración de la calidad de vida del paciente, su familia, amigos y cuerpo médico. Se funda en el principio de que todos los seres humanos son mortales.

La Tanatología es entonces una ciencia multidisciplinaria en la medida que abarca varias disciplinas como, la medicina, psicología, lo social, la educación, entre otras, con el objetivo de brindar al paciente, su familia y amigos, la atención necesaria en lo que respecta a las pérdidas, las muertes y duelos vividos.

V. II FUNCIONES DE LA TANATOLOGÍA

Como ya se mencionó la Tanatología surge de la necesidad de brindar apoyo a aquellas personas con enfermedades en fase terminal, sin embargo los objetivos de la Tanatología abarcan también otras áreas:

- El enfermo terminal
- La familia y los amigos
- Los duelos
- Casos de suicidio
- Equipo médico

Siendo estos los objetivos de la Tanatología sus funciones se extienden según sus sujetos de intervención en:

❖ Brindar apoyo y asesoramiento tanatológico al enfermo terminal.

Siendo la enfermedad terminal un hecho inevitable, la tensión que ésta genera en el enfermo como en la familia y los amigos, es desgarradora. La enfermedad trae consigo muchos aspectos que sin lugar a dudas repercutirán en la manera en que el paciente la enfrenta, algunos de estos son: el diagnóstico, lo



esperable o no de la enfermedad, la personalidad de la persona, los mecanismos adaptativos que haya empleado en momentos difíciles, el tipo de enfermedad y el futuro que le espera, la manera en que se le informe, el grado de comunicación y apoyo en la familia.

Inevitablemente, la cotidianidad personal y familiar se altera a partir del diagnóstico porque la enfermedad invade, la vida, la seguridad, la confianza y lo predecible se van perdiendo. “Con el transcurrir del tiempo, la persona tiende a ir aceptando lenta y progresivamente, la idea de la enfermedad grave, a acomodarse a las muchas pérdidas que ella conlleva, a buscar una organización más afectiva del medio familiar y, a nivel emocional, a hacer un duelo por lo que cada día se ve obligado a renunciar”.⁶²

El miedo y la angustia son sentimientos inevitables para el enfermo terminal, los cuales comienzan con el diagnóstico, continúan con el pronóstico y tratamiento de la enfermedad y con seguridad no lo abandonarán hasta la culminación de la misma al igual que la esperanza, la ilusión de que un milagro ocurra, es un sentimiento que no abandona al enfermo. La única esperanza del enfermo terminal no es la de recuperarse; cada persona tienen sus propias esperanzas. Por ejemplo, la esperanza de no ser abandonado en ningún momento ni por su médico ni por sus familiares; la esperanza de morir bien atendido, sin dolor y con sus síntomas adecuadamente controlados; la esperanza de no ser engañado y de poder confiar en su médico, su equipo y su familia; la esperanza de poder morir en casa, con dignidad, sin ser hospitalizado; la esperanza de que su autonomía sea respetada, entre tantas otras y que dependen del enfermo y de sus miedos, ya que en su camino hacia la muerte los enfermos terminales enfrentan muchos temores, entre los que se encuentran⁶³:

- A lo desconocido, al curso de la enfermedad
- Al dolor físico y al sufrimiento

⁶² Isa Fonnegra, op. cit., p.97.

⁶³ Idem.



- A la pérdida de partes del cuerpo y a la invalidez
- A inspirar compasión
- A perder el control de sí mismos y la autonomía en la toma de decisiones
- A dejar a su familia y sus amigos
- A la soledad por el abandono de los demás
- A la regresión, la dependencia, a “volverse niños” (tener que usar pañales, ser bañados y alimentados)
- A la pérdida de la identidad social
- A la muerte en sí y al proceso previo
- A morir privados de su dignidad

Las funciones de la Tanatología en este sentido van en dos direcciones: por un lado, los sentimientos que se desbordan a raíz de la enfermedad, es decir, el tipo de enfermedad, el reacomodo de los roles, la manera en que la familia se responsabilizó en el cuidado del enfermo, en quién recayó dicha responsabilidad, el miembro de la familia que sufre la enfermedad, la duración de la misma, si la enfermedad fue de tiempo prolongado suele pasar que la familia y los amigos para la culminación de la enfermedad ya se encuentren desgastados tanto anímicamente como económica y socialmente por lo tanto la muerte puede ser tan esperada que pase a formar parte de un alivio, sin dejar de lado el sufrimiento inevitable que ésta causa, por otro lado si bien es cierto que la familia ya tuvo la oportunidad y el tiempo para cerrar asuntos inconclusos, para despedirse e incluso para complacer la última voluntad del enfermo, es decir, ya elaboró un duelo anticipatorio, los sentimientos restantes y producto de la pérdida, debido a quien murió, de que murió y que “dejo”, suelen requerir atención tanatológica.

❖ **Brindar cuidados paliativos a personas en fase terminal.**

Tomando en cuenta lo anterior la enfermedad terminal trae consigo el momento donde la curación del paciente ya es imposible, por lo tanto los esfuerzos se concentran en mantener o mejorar en la medida posible, la calidad de vida del paciente en el sentido que la vida y la enfermedad tienen



para él y en aliviar sus síntomas, no en tratar de erradicar la enfermedad ni de prolongar la vida, se habla entonces de cuidados paliativos, cuya iniciación puede darse en los siguientes casos:

- Cuando los tratamientos tradicionales ya no son efectivos para la curación de un paciente
- Cuando la carga de sobrellevar la enfermedad supera los beneficios de la continuación de un tratamiento médico agresivo
- Cuando el paciente así lo solicite, decidiéndose en favor del alivio de su dolor y no de luchar más en contra de una enfermedad que sabe ya incurable.



En este sentido la Tanatología tiene como función el brindar apoyo y cuidado a las personas que se encuentran en una etapa final de una enfermedad mortal, ayudándoles a vivir de la manera más plena posible, minorando el dolor y sufrimiento físico, cuya finalidad es ver la muerte como un hecho inevitable y natural.

❖ **Brindar apoyo y asesoramiento sobre la muerte y el vivir a familiares y amigos del enfermo terminal**

La muerte de un familiar o vivir la misma a través de una enfermedad terminal, pone al ser humano ante un panorama desalentador, las pérdidas y los duelos que vive el hombre, le permiten a la Tanatología aleccionar sobre estos dos aspectos del vivir humano: la vida y la muerte, ambas inseparables, pero que el hombre trata de separar olvidando su complicidad.



Cuando se habla de una enfermedad terminal, las reacciones pueden ser diversas por ejemplo Isa Fonnegra⁶⁴ hace una particular clasificación del modo de reaccionar ante el diagnóstico de una enfermedad terminal:

- Enfermos terminales que tratan de encontrar un sentido personal a “su” muerte, cuya capacidad de lucha y enriquecimiento interior es sorprendente, se replantean en lo espiritual, se reencuentran con Dios olvidado y le abren un espacio a la reflexión interior.
- Otros pueden optar por renunciar a tratar de vivir con la enfermedad, aún cuando son cuidados, aliviados, acompañados y queridos hasta el final de la enfermedad, suelen pedir el apoyo médico para que este les procure la muerte.
- Existen otros que establecen acuerdos con su médico para que este le brinde su ayuda profesional a fin de aliviar al máximo los dolores, incluyendo también la petición de que cuando la muerte ya sea inevitable, suspender todas las medidas aún las paliativas para poder morir.
- Un tercer grupo decide renunciar a poner en manos de su médico o su familia la calidad de su final, por lo tanto sufre su muerte sin importar el costo físico o emocional, el enfermo soporta resignadamente, o con insólita valentía, la tortura de una agonía lenta, indigna, dolorosa y desagradable.
- El cuarto grupo, frente a la inevitable realidad de la muerte decide vivir sus últimos días, su compromiso es buscar el mejor destino para el tiempo que le queda, aceptando su destino con tristeza pero con un valor inmenso, estos seres humanos se despiden de la vida dejando huellas de amor y enseñanzas.

Cualquiera que sea la reacción ante la enfermedad terminal, los sufrimientos van más allá del propio enfermo, la familia y los amigos, también sufren la manera en que el enfermo decide vivir su enfermedad o su vivir muriendo. La familia y los amigos al igual que el enfermo, sufren, lloran, se enojan y

⁶⁴ Isa, Fonnegra de Jaramillo, *De cara a la muerte*, México, Andrés Bello, 2001, p.167.



comparten la tristeza de la muerte y juegan un papel importante, en el sentido de cómo reaccionan ellos también, ante la muerte, son los seres cercanos quienes aprenden más de este sufrimiento, pues reflexionan sobre lo próximo a perder y sobre lo que se puede mejorar después de la pérdida inevitable y dolorosa.

La Tanatología en este sentido ayuda a que estos aprendizajes vayan en pro de una meditación interior, donde lo más beneficioso es el de reencontrarle un mejor sentido a la vida, vivir al máximo y contemplar la muerte no como un final doloroso, sino como el término de un ciclo bien vivido y natural.

❖ **Ayudar a enfrentar y superar los duelos vividos después de vivenciar una pérdida**

Al hablar de duelos vividos se empezará por hablar de aquellos que implican la pérdida de un familiar o amigo. La manera en que los duelos son enfrentados depende mucho de la forma en que se fue educado para ello desde niño, siendo la familia la aportadora de muchos aprendizajes los duelos no son la excepción, es decir, la forma en que la familia vive sus duelos repercutirá en la forma en que sus miembros los enfrentan de forma individual. En el apoyo tanatológico de duelos se encuentran diversos tipos de familias, es importante reconocerlas para determinar el estilo personal del duelo en niños y adolescentes.⁶⁵

- Familiar para las cuales la muerte es un tabú, en las que nunca se abordan ni se discuten temas como el dolor, las pérdidas o las enfermedades. Con la idea de proteger la inocencia de los niños, estas familias cierran en forma permanente las puertas que conducen a los momentos tristes sin dar acceso a los menores.
- Familias en las que siempre tiene que existir un culpable, y en cuyas conversaciones se escuchan continuamente frases como “¿Quién fue el que hizo esto?”, “¿de quién es la culpa?” y “¿tu fuiste?” con frecuencia, los padres son inflexibles, demandantes, perfeccionistas y muchas

⁶⁵ Ibid. p. 252.



veces se sienten víctimas en la relación con los hijos, sobre cuyos hombros colocan una pesada carga llamada culpa, que permanece y determina en gran parte los vínculos afectivos dentro de la familia.

- Familias frías y distantes en las que, seguramente a raíz de las experiencias infantiles de los padres, no existen momentos para consolar, ni para cercanía amorosa, ni para las respuestas afectivas que tranquilizan.
- Familias donde “todo debe seguir como antes” y los miembros enfrentan la muerte y el dolor sin permitir sus manifestaciones. Para poder encajar en este patrón, los hijos deben renunciar a reaccionar y a dejar ver su sufrimiento. “Aquí no ha pasado nada”, es la consigna.
- Familias en las que las pérdidas desencadenan el caos latente de discordia entre sus miembros. Surgen la agresión, la hostilidad, los problemas conyugales y fraternales.
- Familias en las que las penas se comparten con espontaneidad, comprendiendo la validez de las diferencias individuales en la percepción del hecho doloroso y la reacción ante él. Son familias donde las cosas se pueden hablar, donde hay tolerancia ante las reacciones del otro, donde la rabia, la tristeza y el miedo se pueden sentir, sin anular por ello la importancia de establecer límites que con amor acojan o contengan las reacciones desbordantes y explosivas. Son familias en las que se acepta la importancia de separarse para crecer, aunque esto duela, y se reconoce que la imperfección y la frustración son elementos ineludibles de todo vínculo amoroso. En ella el niño vive la muerte con dolor pero aprende que con paciencia y con sus recursos puede enfrentar adecuadamente los momentos de privación y tristeza para crecer a partir de ellos, descubriendo su riqueza oculta.

El duelo consecuencia de la muerte de un familiar o amigo, es uno de los más dolorosos a los que se enfrenta el ser humano, sin embargo las múltiples pérdidas y duelos que vive el hombre también son de considerar dentro de Tanatología, ya que estas representan un desajuste en el equilibrio biopsicosocial de la persona que experimenta la situación, la reacción



resultante de la pérdida en gran medida depende de que fue lo que se perdió, la importancia de lo perdido, el significado de lo perdido a nivel personal y social, y sobre todo las alteraciones que la pérdida trae consigo en la vida del afectado. La Tanatología aquí busca que dichas alteraciones sean lo menos dolorosas posible y que le permitan al hombre obtener un aprendizaje que sin lugar a dudas favorecerá su desarrollo personal y social.

❖ **Intervención en lo que se refiere al suicidio**

Si bien es cierto que el tema de la muerte es un tabú, el suicidio lo es aún más ya que éste estigmatiza no solo al suicida sino también a la familia. Siendo el suicidio una acción humana sea activa o pasiva cuyo fin es causarse la propia muerte, no hay que olvidar que todos son suicidas potencialmente hablando, el suicida no es ni valiente ni cobarde, es sólo una persona desesperada que ha perdido la esperanza, por lo tanto el suicidio vendría a ser para él la única forma de salvarse.

La Tanatología en este sentido, interviene: en crisis de suicidio, es decir, cuando el suicidio no fue consumado brindar apoyo al suicida, deberá estabilizarlo y canalizarlo con el profesional adecuado y a la familia advertir de los peligros que conlleva dicha crisis. En caso de que el suicidio se haya cometido, la intervención estará dirigida a la familia y los amigos del fallecido ya que el suicido trae consigo sentimientos de culpa, enojo, tristeza, y vergüenza para la familia y los amigos, los cuales deben saber ser reconocidos por estos, con la ayuda tanatológica, ya que estos sentimientos pueden ser reales o imaginarios (estos últimos por el tipo de muerte).

❖ **Brindar asesoramiento y apoyo al equipo médico**

Como ya se mencionó con anterioridad la Tanatología suele quedar excluida como parte de la formación profesional del cuerpo médico, situación que pone en desventaja a los médicos, enfermeras, trabajadores sociales por supuesto, psicólogos y todo aquel personal involucrado en la atención a personas que sufren la muerte, pérdidas y duelos, en la medida que en ocasiones los



profesionales no saben cual es la mejor manera de apoyar al paciente, la familia y los amigos.

Las funciones de la Tanatología en este caso parten en dos direcciones, por un lado brindar asesoramiento en la manera en que los profesionales brindan atención a sus pacientes, asesorándolos en la importancia de ser más empáticos con la realidad doliente del paciente, incorporando en su atención a la familia y amigos, y dejar de lado la atención distante, donde los tecnicismos no siempre son comprendidos por el paciente y suelen dificultar la comprensión de la situación, olvidándose a sí de la parte humana de la situación. Por el otro, el de brindar apoyo al equipo médico en la medida en que estos también sufren a nivel emocional, la muerte y el duelo, ya que para el personal médico también los vive, es necesario que estos superen la frustración causada por la falla de los tratamientos o la muerte del paciente, entender sus sentimientos, la muerte y el agotamiento profesional, que son imposibles de evitar para el personal médico.

Es en este sentido la principal función de la Tanatología el de desmitificar la muerte y el morir aprendiendo a vivir con ella. Por lo tanto se parte de la opinión de educar para la vida y la muerte a los niños, adolescentes y adultos para que partiendo del conocimiento personal, cultural y social, y a la luz de la ciencia puedan todos no sólo vivir, sino también morir con dignidad. De este modo se pretende que a través de una buena orientación y educación sobre la muerte se cree en los niños y adolescentes una cultura ante la muerte.

Por lo tanto la finalidad de la Tanatología es proporcionar al hombre que muere, una muerte digna, una buena muerte, ayudar a aminorar el sufrimiento, a lograr un buena relación con las personas significativas y a comprender las limitaciones físicas propias en el entorno personal. Del mismo modo la finalidad del apoyo tanatológico, en cuanto a la intervención con los familiares y amigos del enfermo, es el de ayudar a entender la muerte, prepararlos para que de esta manera vivan su proceso de duelo de la mejor manera posible, evitando



así que posteriormente sufran alguna patología, que llegue a afectar su comportamiento y desarrollo biopsicosocial.

Por todo lo anterior se puede decir que la Tanatología se dedica a curar el dolor de la muerte y el dolor de las pérdidas y los duelos. Por ello la Tanatología indica que la vida debe vivirse en su máxima expresión, intentando obtener de ella los mayores beneficios posibles, disfrutándola y realizándose en todos los aspectos. La Tanatología enseña, a partir del proceso de muerte, cómo lograr que la vida sea vivida de la mejor manera, así como volverla trascendente a nivel personal y social.

V. III TENDENCIAS DE LA TANATOLOGÍA

Debido a que el tema de la muerte es un tema al que se le evade con frecuencia por el miedo que provoca al recordar al hombre su mortalidad, el estudio de esta, a través de la Tanatología no ha sido fácil, sin embargo hay que considerar los avances al ser una ciencia con mayor amplitud a beneficio de las personas que viven el amargo camino de las pérdidas, la muerte y el duelo.

En sus inicios el estudio de la muerte fue considerado como algo cruel e insensible, pues la tendencia respecto a este tema siempre fue de misterio y temor, del cual era preferible no hablar e incluso tratar de ignorar con la finalidad de que el hombre no se mortificará pensando en su destino, próximo o no, pero que le genera angustia y temor. El estudio de la muerte a través de la Tanatología vino a abrir el panorama de la muerte como uno de los eventos más dolorosos que vive el hombre, la muerte de sus seres queridos y su propia mortalidad, acontecimientos dolorosos pero inevitables.



En la cultura occidental hasta hace poco tiempo existía un tabú contra el estudio de algo tan temido y personal como lo es la muerte. Mucha gente aún piensa que el estudio de la muerte es un tema delicado, sin embargo los tanatólogos piensan que su estudio puede beneficiar a todos, ya que la comprensión del proceso de la muerte puede hacer que esta experiencia sea menos dolorosa y temida.

La Tanatología ha existido desde los tiempos ancestrales del ser humano, pero en la década de los 50's y 60's diferentes sociólogos iniciaron el estudio de la muerte y potenciaron la aparición de programas de asesoramiento y terapias para tratar profundos problemas emocionales asociados a la muerte, que existen en la sociedad moderna. El libro sobre este tema que mayor impacto causó en la opinión pública fue *Sobre la muerte y la agonía* (1969) de Elisabeth Kübler- Ross⁶⁶, psiquiatra estadounidense de origen suizo, a quien se le adjudicó el título de pionera de la Tanatología.

Ahora bien hay que recordar que la Tanatología se inició siendo su principal sujeto de atención el enfermo terminal, dejando de lado aspectos importantes como lo es la familia y el cuerpo médico, los amigos y la sociedad. Con el paso del tiempo la intervención tanatológica ha abierto sus áreas de intervención, lo que generó un interés en el tema en la medida que se logra a partir de ésta, hacer de las difíciles experiencias de la vida situaciones más llevaderas de las cuales el ser humano puede llevarse también un aprendizaje no solo de vida sino también de muerte.

Su avance ha sido lento, por ejemplo aún es un estudio que no se ha incorporado en los planes de estudio de las universidades en carreras como medicina, psicología, psiquiatría y trabajo social, entre otras. Por otra parte la intervención tanatológica se ha ido incorporando como parte de la atención médica en algunos hospitales, sin embargo en los últimos años la demanda de

⁶⁶ <http://www.monografias.com/trabajos12/paciterm/paciterm.shtml>.



asesoramiento tanatológico individual y de grupo se ha incrementado, enriqueciendo el campo de estudio de esta ciencia brindando atención no sólo al enfermo terminal, sino además a las personas involucradas como la familia, amigos y cuerpo médico. La atención además se ha incorporado a las personas que sufren pérdidas y duelos, ya no sólo por enfermedad terminal o por la muerte de un ser querido, sino también por; divorcio, robo, distanciamiento con los seres queridos, suicidio, pérdida de un miembro del cuerpo, pérdida de la juventud, belleza, status social, empleo, violación, viudez, por nombrar algunas.

La tendencia de la Tanatología hoy en día surge a partir de que se ha demostrado que las personas que están pasando por la misma experiencia de la muerte de un familiar o amigo u otro tipo de pérdida al compartir el mismo problema son a menudo las que mejor pueden ayudarse entre sí. Como resultado de esta experiencia se han creado centros de enfermos terminales, grupos de padres que perdieron un hijo, grupos de VIH, entre otros. Por lo tanto los grupos de autoayuda son la principal tendencia de la Tanatología hoy en día, aunado con el asesoramiento profesional que se da por parte de profesionales en estos grupos donde se ayuda a la gente a conseguir un mayor autocontrol a través de una mejor comprensión de los aspectos médicos y emocionales de la muerte. Sin dejar de lado claro esta, la necesidad del apoyo tanatológico como terapia individual y de grupo.

Todo esto genera que la Tanatología tenga alcances mucho más convincentes para hacer de esta ciencia un estudio necesario en la medida que ayuda al ser humano a afrontar sucesos que le generan inestabilidad emocional y que con la ayuda de la Tanatología pueden ser superados y ayudar a mejorar su calidad de vida y muerte.



V. IV RELACIÓN TANATOLOGÍA Y ADOLESCENCIA

Como ya fue explicado en capítulos anteriores la Tanatología es una ciencia cuya finalidad es el de trabajar con lo referente al sufrir humano, como lo es la pérdida, la muerte y el duelo, aspectos que vive todo ser humano independientemente de su edad, por lo tanto la población adolescente no esta lejos de experimentar estos acontecimientos. Se habló entonces de una Tanatología del Adolescente, cuya finalidad es el de servir al adolescente como un apoyo que le permita enfrentar, superar y aprender de dichas experiencias, situaciones a las que puede seguir una crisis.

Se habla aquí de la intervención tanatológica en “Crisis”, en la medida en que cualquiera de las pérdidas y duelos a los que se enfrenta el adolescente pueden culminar en una crisis. Se tomará en consideración la Teoría de la crisis de Caplan (1960)⁶⁷, quien describió cómo las diferentes personas logran hacer frente a la transición de una etapa a otra e identificó la importancia de los recursos personales y sociales en el desarrollo y resolución de las crisis.

Para llevar a cabo una intervención Tanatológica con el adolescente en crisis, es necesario decir que la *crisis* es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. Una de las ideas fundamentales de la teoría de la crisis de Caplan⁶⁸ es que la resolución inadecuada de las crisis en la vida de una persona puede conducir a un deterioro psíquico a largo plazo, o limitar la posibilidad de una adaptación futura; mientras que por otro lado la crisis es también entendida como una oportunidad para el desarrollo, en un sentido positivo, es decir, que le sirva para quedar con un mejor nivel de bienestar (tener más estrategias de resolución, solucionar asuntos pendientes, nuevas perspectivas para la vida).

⁶⁷ Gerald, Caplan, *Principios de Psiquiatría preventiva* Ed. Paidós. España 1985 p. 55.

⁶⁸ Idem. p.54.



Según Caplan las personas que pasan por una crisis viven las siguientes fases:

- Impacto. Los mecanismos de enfrentamiento del individuo fallan y los signos de estrés y de tensión aparecen. La persona puede experimentar momentos de aturdimiento y confusión.
- Retroceso. Esta caracterizada por incrementos en la desorganización. La persona no puede expresar sus emociones displacenteras y su atención no está en lo que le interesa de la vida diaria. Las manifestaciones psicósomáticas aparecen con muestras de fatiga, insomnio, apatía, trastornos alimenticios, etc.
- Ajuste y adaptación. Los recursos propios y del entorno pueden ser movilizados y, como consecuencia, el problema se resuelve.

Tipos de intervención en crisis.

Slaikeu⁶⁹ señala un modelo sobre intervención de crisis el cual divide, según el tipo de tratamiento en:

- Intervención en crisis de primer orden o primera ayuda psicológica. Es la ayuda inmediata que se da a la persona y que proporcionan las personas que observan la necesidad, consiste básicamente en dar apoyo, escuchar y permitir la catarsis y la demostración de emociones.
- Intervención de crisis de segundo orden o terapia en crisis. Es un proceso a corto plazo que va más allá de la restauración de los mecanismos de defensa y busca la elaboración y resolución de la crisis.

Para que una crisis desemboque positiva o negativamente depende de tres factores:

- 1) la **severidad del suceso** que la está precipitando;
- 2) los **recursos personales** (de afrontamiento) y
- 3) los **recursos sociales** presentes en el momento de la crisis.

En este sentido Caplan hizo una clasificación de las crisis y las separo en dos grupos:

⁶⁹ Marco Antonio, Polo Scott, op. cit., p234.



- **Crisis del desarrollo.** Tienen que ver directamente con el desarrollo personal del individuo; se trata de los diferentes cambios que experimentan al pasar de una etapa de desarrollo a otra.
- **Crisis circunstanciales.** Se presentan súbitamente en la vida del individuo, se apoyan en algún factor ambiental, es decir externo al individuo, por ejemplo: la muerte de un ser querido, la pérdida del empleo, un accidente, un desastre natural.

Por lo tanto Slaikeu, hace una tipificación de las crisis en base a la teoría de Crisis de Caplan:

1) Crisis del desarrollo (normativas y normales)

A lo largo de la etapa de desarrollo, se vivencian diferentes pérdidas propias de la edad, las cuales son muy significativas y repercuten en el desarrollo biopsicosocial del adolescente, esto puede ser un suceso precipitante que se conoce como crisis del desarrollo.

En este sentido el adolescente es lo doblemente vulnerable a vivenciar una crisis, porque la edad adolescente es la etapa en la que los cambios son violentos y aunados a ellos una crisis circunstancial da como resultado una crisis mucho más amenazante para el adolescente.

2) Crisis Circunstanciales de la vida

A diferencia de las crisis del desarrollo (normativas y normales) en las crisis circunstanciales el suceso precipitante tiene poca o ninguna relación con la edad del individuo o la etapa del desarrollo del ciclo vital, pueden afectar a cualquiera en cualquier momento, estas se caracterizan por:

- Ser un trastorno repentino (diferencia de las crisis del desarrollo, que son un proceso)
- Tiene calidad de urgencia, es decir, requiere de una acción inmediata.
- Tienen un impacto potencial sobre comunidades completas (como el caso de un incendio o terremoto)



- Son un peligro y una oportunidad: de la desorganización, pueden emerger alguna forma de reorganización, que puede hacer que los sujetos queden mejor dotados para enfrentar el futuro

Las crisis circunstanciales se pueden agrupar en 6 grandes grupos:

1) Enfermedad física y lesión. (enfermedades crónicas, operaciones, incapacidades). En las enfermedades crónicas, la intervención en crisis tiene que ver con por una parte contribuir al uso efectivo de la negación (manejo de la ansiedad que surge al principio de la enfermedad) y el desarrollo de las estrategias de enfrentamiento efectivas para las consecuencias de la misma.

2) Muerte repentina (suicidios, homicidios, accidentes). No todos los duelos son crisis, el duelo será de mayor gravedad cuando la muerte fue repentina o no se pudo anticipar. Las reacciones emocionales que acompañan la muerte pasan por las etapas del duelo. Las muertes esperadas, adecuadas y oportunas conllevan un duelo natural, mientras que las crisis suceden cuando la muerte es inesperada, trágica o prematura.

3) Crimen (tanto para víctimas como victimarios). Los principales elementos que hay que tener en cuenta al intervenir en situaciones de violencia intrafamiliar es poder trabajar las autoatribuciones de culpa que hacen las víctimas y la legitimación que puedan hacer de la violencia que sufren.

4) Desastres naturales y provocados por el hombre. Las reacciones ante los desastres se presentan en tres dimensiones: 1. efectos agudos del impacto (pesadillas, pánico, irritabilidad), 2. Síntomas que persisten durante meses y años (ansiedad, fobias, depresión), 3. Trastornos en el modo de vida (disminución de la confianza).

5) Guerras y similares. Las experiencias traumáticas pueden tener diversos efectos. En el caso de las experiencias del rehén, destaca como el síndrome de Estocolmo (rehén que se identifica con el captor); en el caso de los veteranos, el trauma de la guerra se reprime durante un tiempo para luego reactivarse por alguna otra crisis de la vida (divorcio, cesantía).



6) Crisis de la vida moderna (migración, desempleo, divorcio, drogas) La pérdida de un vínculo afectivo importante parece implicar tres elementos negativos engranados los unos en los otros:⁷⁰

- a) El dolor psíquico de la ruptura y la angustia de llegar a un acuerdo con la otra persona.
- b) El dejar de percibir los recursos y la orientación que provenían de la persona con la cual se rompe.
- c) El desgaste cognitivo y la disminución de la eficacia a la hora de resolver problemas relacionados con la respuesta emocional de aflicción.

Sin lugar a dudas cualquier tipo de crisis, ya sea del tipo de crisis del desarrollo o crisis circunstanciales de la vida, pueden generar en el adolescente problemas en su desarrollo biopsicosocial y provocarle alguna perturbación en su comportamiento, por lo cual resulta importante y prioritario, la Tanatología de la adolescencia, como un medio eficaz, capaz de brindar ayuda en situaciones de crisis.

Por todo lo anterior se puede afirmar que la relación Tanatología – Adolescencia, es muy estrecha, en el sentido de la que la etapa de la edad adolescente por sí misma es una etapa de pérdidas, duelos, crisis y conflictos biopsicosociales, donde la Tanatología tiene un amplio quehacer profesional.

V. V TANATOLOGÍA EN INTERVENCIÓN CON ADOLESCENTES EN CRISIS

Las fases de la adolescencia son procesos que pueden generar una depresión, además de todas las raíces evolutivas que tiene, es un proceso de duelo, por todas las pérdidas que la misma etapa trae consigo. Muchas veces el adolescente, aunque sufra intensas emociones, no las comparte con nadie, porque se siente, de alguna manera, presionado a comportarse como si se las

⁷⁰ Gerald, Caplan, *Aspectos preventivos en Salud Mental*, Ed. Paidós, México 1993 p.300.



arreglara mejor de lo que realmente lo hace. Para ello se habla de una Tanatología de la adolescencia, cuya finalidad es el de brindar atención a la población adolescente, tomando en cuenta las características de dicha población, los aspectos biopsicosociales característicos de la etapa adolescente, los cuales ya fueron retomados en el primer capítulo, y que se pueden resumir en que el adolescente, por su propia naturaleza se cree Infértil, Inmune e Inmortal (estos tres aspectos son conocidos como las tres “I” tanatológicas del adolescente), partiendo de este precepto se debe brindar una intervención tanatológica integral que contribuya a mejorar el desarrollo biopsicosocial del adolescente y a dar atención oportuna ante una crisis. En este sentido, la intervención tanatológica en la adolescencia va en las siguientes direcciones:

- Muerte y duelo
- Enfermedad terminal
- Pérdidas de integridad física
- Ideación suicida
- Adicciones

❖ **Muerte y duelo en la adolescencia**

En la etapa de la adolescencia ya se tiene un concepto claro de lo que es la muerte y lo que implica, el adolescente ya acepta que la muerte es inevitable e irreversible. Pero éste la ve como un futuro lejano a él, que no le atañe, puesto que la relaciona con gente mayor, por lo que el adolescente se cree que esta exento de vivenciar un acontecimiento como este. Después de la pérdida de un familiar o un amigo, se le puede pedir al adolescente que sea fuerte y que mantenga la calma, lo que puede propiciar en él un sentimiento negativo y no permitir que exprese su dolor o lo haga de manera negativa, el adolescente no se siente capaz de sobrevivir a su propio dolor y además se le exige que sostenga el dolor de otros, por un lado y por el otro siente que si expresa su dolor pueda verse como una señal de debilidad. Este tipo de conflictos puede tener como resultado que el adolescente renuncie a vivir su propio duelo (duelo aplazado o congelado).



De acuerdo con Aberastury⁷¹, durante la adolescencia se elaboran tres duelos básicos: a) el duelo por el cuerpo infantil, b) el duelo por la identidad y el rol infantil, y c) el duelo por los padres infantiles, es decir, el duelo por la imagen con que percibía a sus padres durante la infancia. En una situación ideal, la elaboración de estos duelos permitirá que el adolescente continúe con su desarrollo. De aquí la importancia de la intervención tanatológica para que pueda expresar su duelo de la mejor manera posible, ya que de no ser así puede propiciar en el adolescente cambios negativos en su desarrollo biopsicosocial.

❖ **Enfermedad terminal en la adolescencia**

Como ya se había mencionado el adolescente vive su vida de una forma espontánea y despreocupada, sin embargo cuando una enfermedad terminal se hace presente en la vida del adolescente sus expectativas de vida se ven destruidas. Es inimaginable la frustración y la angustia del adolescente cuya vida estaba llena de ilusiones por realizar. El adolescente se ve afectado en:

- **La enfermedad como tal.** Es decir, el tipo de enfermedad, lo que implica su aparición en relación a la edad, lo que esta implica para la familia y como es vista esta en la sociedad, que tan predecible era su aparición, es decir todo el aspecto idiosincrásico de la enfermedad, aunado a los cambios y sufrimientos físicos que la enfermedad generara en el adolescente.
- **Las pérdidas a sufrir.** En este sentido, las pérdidas son las que más sufre el adolescente, al darse cuenta de que lo realizable, ahora para él no lo es, al perder:
 - La salud
 - Las ilusiones, el concluir los estudios, el obtener un empleo, tener una familia, la renuncia a las aventuras planeadas con los amigos, etc.

⁷¹ Compilación de material sobre el tema de “Tanatología y adolescencia” por la Psicoterapeuta Ofelia Fernández quien labora en “Sinergia humana”.



- La independencia, tan exigida a esta edad, al ser cuidado “como niño” nuevamente, siente que ha retrocedido en la etapa que tanto ha luchado por dejar, la niñez.
- **Los duelos.** Que son inevitables, en la medida que existen pérdidas, el duelo por cada una de ellas va acompañado de enojo, angustia, miedo y culpa. El adolescente que pasa por una enfermedad física, específicamente una enfermedad terminal, forzosamente tiene que pasar por las etapas de elaboración del duelo. Pero hay que poner especial cuidado en la etapa de la ira, ya que el adolescente puede llegar a presentar un sentimiento de frustración al ver que sus sueños poco a poco se le escapan.

En estos casos se hace necesaria la intervención de un profesional en Tanatología, para que el adolescente pueda enfrentar de la mejor forma posible todos los cambios que esta vivenciando, y de este modo pueda expresar su duelo evitando el autodaño y propiciar la aceptación, del mismo modo la familia del adolescente con alguna enfermedad física, necesita la intervención de un profesional en Tanatología, para que les ayude a entender los cambios que esta presentando el adolescente y de esta forma ellos puedan convivir e interactuar con él, y así hacerle frente a las nuevas situaciones que tendrán que vivenciar juntos y de esta manera estarán preparados para encarar el desenlace de la enfermedad.

❖ **Pérdidas de integridad física en el adolescente**

Para el adolescente una de sus principales necesidades es el de ser aceptado y admirado por los otros, su vanidad y su deseo de perfección son pensamientos idealistas pero los más expresados en su compartimiento, cuando el adolescente se ve ante la pérdida de un miembro de su cuerpo, el sufrimiento es insoportable, por la salud perdida, por lo importante de la integridad de su cuerpo, por las cosas que dejará de realizar a falta del miembro perdido, etc. Si la pérdida implica incapacidad, es decir, quedar imposibilitado, se habla entonces de la pérdida también de la independencia y de la privacidad tan exigidas y ambicionadas por el adolescente. Al igual que



en la enfermedad terminal, el sentirse cuidado e incapacitado para cuidarse por sí mismo implican para él una regresión en su camino a la adultez. Los pensamientos de envidia hacia sus amigos, al no poder ya realizar lo que ellos pueden, suelen ser frecuentes y justificados. La culpa, cuando la pérdida implica un descuido o un accidente provocado por él, es el sentimiento más arraigado y sufrido por el adolescente.

Todo lo que implica la pérdida de algún miembro del cuerpo implican para el adolescente sentimientos inapropiados y que seguramente afectarán la forma en que éste mira su futuro, la Tanatología como ciencia que estudia las pérdidas interviene en los procesos de duelo que el adolescente tendrá que vivir y en el mejor de los casos superar los implicados en la pérdida vivida.

❖ **Adicciones en el adolescente**

Cuando el adolescente sufre pérdidas y duelos, no siempre tiene la madurez emocional para poder hacerles frente, puede pensar entonces que puede encontrar alivio y ayuda en sus amigos. Pero cuando se trata de la muerte, salvo que se haya vivido una situación similar, los amigos se sienten impotentes y pueden ignorarlo totalmente. Pero puede que exista la contra parte de esto, es decir, que el adolescente encuentre alivio o ayudas falsas, es decir que propicien que el adolescente presente conductas antisociales como lo es el pandillerismo, la delincuencia, el consumo de alcohol, de cigarro y algún tipo de droga, con el pretexto de olvidar el dolor y la situación que lo esta provocando.

El adolescente al no saber que hacer ante la pérdida puede negar el dolor que esta experimentando en ese momento y pueda tratar de aparentar ante los demás, haciendo alardes de fuerza y madurez. Lo que puede provocar en el adolescente una sensación de vacío, por lo que buscara llenarlo de cualquier forma, y si las adicciones son un adormecedor del dolor seguramente se refugiará en ellas. La Tanatología esta encaminada a canalizar los sentimientos resultantes de la pérdida y el duelo, ayuda al adolescente a reconocer sus potencialidades, hacer uso de sus recursos y reconocer lo falso de la ayuda de



las drogas en lo concerniente al alivio del dolor y el sufrimiento, de la muerte de un familiar o amigo o de algún otro tipo de pérdida que le cause inestabilidad.

❖ **Ideación suicida adolescente**

Un adolescente que esta vivenciando el duelo por una pérdida, al no poder o al no saber como expresar el dolor que esta experimentando, puede llegar a tener el deseo de morir, este puede hacerse más intenso, puede presentar pensamientos de suicidio que van más allá del deseo pasivo de estar muerto o poder reunirse con el ser querido que ha muerto, si este es el caso.

Este intento plantea el problema de la depresión por la que esta pasando, como vivencia existencial y como una verdadera crisis de la adolescencia. La manipulación de la idea de la muerte en el adolescente suele ser frecuente, pero debe hacerse la diferencia entre el adolescente que piensa en el suicidio como una llamada de auxilio, como una manera de comunicar su descontento a los demás, y el que ve el suicidio como una idea romántica y aquél que realmente lo lleva a cabo.

Todos los suicidios y los intentos suicidas hablan de una crisis emocional, de una perturbación en la forma en que se vive, de un desacuerdo social, además de otros factores adicionales. El suicidio en los adolescentes es el resultado de un acto de la víctima dirigido contra su propia vida, acto que puede ser una lesión autoproducida o la realización de una actividad extremadamente peligrosa que, con toda probabilidad, conduce a un accidente fatal. Es el caso de las personas que padecen una enfermedad provocada por sentimientos negativos o estados emocionales que afectan la salud física. Schneiderman⁷² clasifica la conducta suicida en cuatro tipos:

1. **La conducta suicida impulsiva**, que generalmente se presenta después de una desilusión, de una frustración o de fuertes sentimientos de enojo;

⁷² www.tanatologia.com.org.mx



2. La sensación de que la vida no vale la pena, sentimiento que suele resultar de un estado depresivo. Aquí, el adolescente considera que sus sentimientos de minusvalía y desamparo nunca desaparecerán;

3. Una enfermedad grave, que puede llevar al individuo a pensar que "no hay otra salida", y

4. El intento suicida como medio de comunicación, en donde el joven no desea morir pero, quiere comunicar algo por medio del suicidio y, así, cambiar la forma en que lo tratan las personas que lo rodean. También puede ser un intento por atraer el interés de los demás o un medio para expresar sus sentimientos de enojo.

De esta manera el intento suicida puede ser la representación de su trabajo de duelo. Aquí la intervención Tanatológica se hace emergente, ya que si el adolescente que esta presentando pensamientos de ideación suicidas no es atendido por un experto en la materia, puede llegar a atentar con su propia vida y provocarse algún daño que puede afectar su integridad física, mental, emocional y social, y en el peor de los casos puede llegar a culminar con su vida. La intervención de un tanatólogo puede ayudar al adolescente con ideaciones suicidas a cambiar su percepción de aquello tan doliente y que le provoca el deseo de morir, ayudándolo a salir de esa depresión, intervenir en la crisis que provoco el intento o acto suicida.

La Tanatología en intervención a adolescentes, por lo tanto es una alternativa de intervención, para aquella población vulnerable de sufrir no solo la muerte de un ser querido, sino también pérdidas y duelos que repercutirán en su personalidad apenas en proceso de formación y que en su momento pueden generar una crisis. El recorrer de la adolescencia es un camino difícil para el hombre, en la medida que la pérdida de la infancia y el recorrer hacia la adultez, ponen al hombre en un camino intermedio donde los miedos a regresar o continuar en la niñez y los temores de conquistar la adultez generan en el adolescente un desequilibrio emocional, que con ayuda tanatológica se pueden enfrentar.



CAPITULO VI

MARCO TEÓRICO



VI. I INTRODUCCIÓN A LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN TANATOLÓGICA

Al hablar de modelos de intervención tanatológica el panorama es algo complejo en la medida en que la Tanatología implica, aspectos como la muerte, las pérdidas y el duelo, temas poco tratados y al hacerlo se tornan un tanto complicados. En este sentido se conocen los siguientes modelos de intervención tanatológica.

Duelo y Melancolía (S. Freud).

Siendo el trabajo de Freud "*Duelo y Melancolía*", uno de los más polémicos en el tratado del tema del duelo no podía dejarse fuera de este apartado. La descripción más precisa de lo que constituye una definición de duelo, se encuentra en la obra de S. Freud (1917)⁷³ llamada "*Duelo y melancolía*". Freud, destaca como las características propias del duelo:

- a. Reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente (la patria, la libertad, el ideal, etc.).
- b. El duelo es un afecto normal paralelo a la melancolía (depresión); excepto en una característica: en el duelo no está afectado el "amor propio" (autoestima).
- c. Conlleva la convicción del sujeto de ser castigado por una culpa cometida por él.
- d. Sin embargo, lo anterior constituiría las características de un duelo normal. El duelo patológico, además, tendría las siguientes características:
- e. Estado de estrés y depresión que persiste tras un año de la pérdida (la mayoría de las veces referidas a un ser querido). Tras un año de la pérdida el sujeto manifestaría (Ramsay, 1977): estado de ánimo depresivo, recuerdos intrusivos referentes a las circunstancias de la

⁷³ www.psicología-online.com



pérdida, o sueños recurrentes respecto a la persona perdida, reacciones de estrés (insomnio, ansiedad, etc.).

Tanatología con enfoque gestalt

Entre los modelos de intervención tanatológica la teoría Gestalt ha sido retomada, por lo tanto se cree necesario hablar de dicha teoría para proporcionar un panorama más amplio del por que la Gestalt se adecua a la atención tanatológica. Gestalt es un término alemán, sin traducción directa al castellano, pero que puede significar “forma”, “totalidad”, “configuración”. La psicoterapia Gestalt, se desarrollo a mediados del siglo pasado. Entre sus iniciadores destacan Fritz Perls psicoanalista alemán que realizó una síntesis coherente de distintas escuelas del pensamiento psicológico y las agrupa en una nueva escuela a la que denominó Gestalt.

Bases de la Gestalt

La gestalt ha recibido influencia de las siguientes corrientes:

- El psicoanálisis de Freud, retomando y reformulando su teoría de los mecanismos de defensa y el trabajo con los sueños.
- La filosofía existencial, de la que rescata la confianza en las polaridades inherentes al individuo, el respeto a la persona y la responsabilidad.
- La fenomenología, de la que toma su apego por lo obvio, por la experiencia inmediata y por la toma de conciencia (insight).
- La psicología de la Gestalt, con su teoría de la percepción (figura-fondo, ley de la buena forma, etc.).
- Las religiones orientales, y en especial el Budismo Zen.
- El psicodrama, de J.L Moreno, del que adopta la idea de dramatizar las experiencias y los sueños.

La terapia Gestalt por su parte es un proceso psicoterapéutico que tiene como finalidad que el paciente descubra sus propios recursos, los potencialice en el aquí y ahora, dándose cuenta de sus asuntos inconclusos y permitiendo cerrarlos, para ir del apoyo externo al autoapoyo. La psicoterapia gestalt no fue diseñada exclusivamente para el trabajo tanatológico, sin embargo sus



aportaciones al trabajo de duelo son inmensas, recordando que parte del trabajo que se realiza en gestalt es la resolución de asuntos inconclusos, categoría a la que pertenecen los duelos.

Modelo Polo Scott de comportamiento ante el duelo

Este modelo de comportamiento ante el duelo ilustra los diferentes pasos que ocurren entre la experiencia inicial de una pérdida significativa y el comportamiento o conducta que puede seguir una persona como consecuencia de dicha pérdida.⁷⁴

En el primer paso la persona percibe la pérdida en relación a los factores determinantes del duelo: quién murió, el tipo de relación y lo significativo que era, el tipo de muerte, antecedentes históricos, variables de la personalidad, sociales y económicas, experiencias previas a la muerte, tácticas de la persona para superar la crisis y forma de percibir la muerte, y la situación emocional actual de la persona.

Los mecanismos de defensa del yo de la persona actuarán como filtros; el primer filtro se encargará de disminuir la carga emotiva de la pérdida significativa por medio de la incredulidad, la parálisis y la desensibilización; el segundo filtro disminuye el dolor que se puede generar por la pérdida, actuando con los mecanismos de proyección, culpa, enojo, tristeza, idealización y fijación, los cuales actúan simultáneamente. Una vez superados los mecanismos de defensa actúa el nivel de tolerancia de frustración de la persona lo que determina la intensidad del impacto emocional que produce la pérdida.

Los recursos psicológicos de la persona establecerán la respuesta psicofisiológica que se presentará; los recursos psicológicos están determinados por las vivencias previas y los aprendizajes significativos de la persona y su capacidad para potencializar los recursos con que cuente. Las respuestas psicofisiológicas con personas de recursos psicológicos favorables

⁷⁴ Marco Antonio, Polo Scott, op. cit.. p 234.



irán hacia la salud y como consecuencia a un comportamiento o conducta que se va a reflejar en un proceso de duelo sano; en tanto que personas con recursos psicológicos desfavorables tenderán hacia conflictos neuróticos, psicopatologías y enfermedades físicas, con lo cual los comportamientos o conductas se reflejarán en un proceso de duelo complicado, patológico o psiquiátrico.

Para iniciar el proceso de terapia tanatológica, el primero paso es la entrevista, la cual puede ser:

- Entrevista de admisión. Tiene dos propósitos: determinar por qué el paciente ha llegado a recibir la atención. Si es un candidato para el trabajo tanatológico.
- Entrevista de historia clínica. Básicamente el propósito de la obtención de la historia clínica consiste en proporcionar un amplio contexto y trasfondo en el cual pueda colocarse al paciente y al problema. Cubre la infancia, la adolescencia y la adultez, dependiendo de la edad del entrevistado, e inclusive aspectos educativos, sexuales, médicos, paternos, ambientales, religiosos y patológicos. La historia clínica en este sentido incluye catorce puntos:
 1. Datos de identificación (nombre, edad, género, escolaridad, religión, domicilio, teléfono, ocupación, nivel socioeconómico y estado civil)
 2. Familiograma
 3. Motivo de consulta
 4. Constelación de distancia cognitivo –emocional
 5. Nacimiento y desarrollo
 6. Historia de salud
 7. Historia escolar
 8. Historia laboral
 9. Historia Familiar
 10. Historia sexual
 11. Historia de pérdidas significativas
 12. Historia de la primero experiencia de pérdida



13. Historia de la crisis más significativa de su vida

14. Observaciones

- Entrevista en crisis. El propósito de ésta consiste en apoyar a la persona que se encuentra en estado temporal de desorganización de sus esquemas cognitivos y emocionales para resolver el hecho o el suceso que originó la desorganización.

Modelo de Terapia Tanatológica Polo Scott⁷⁵

Los pasos del modelo son los siguientes:

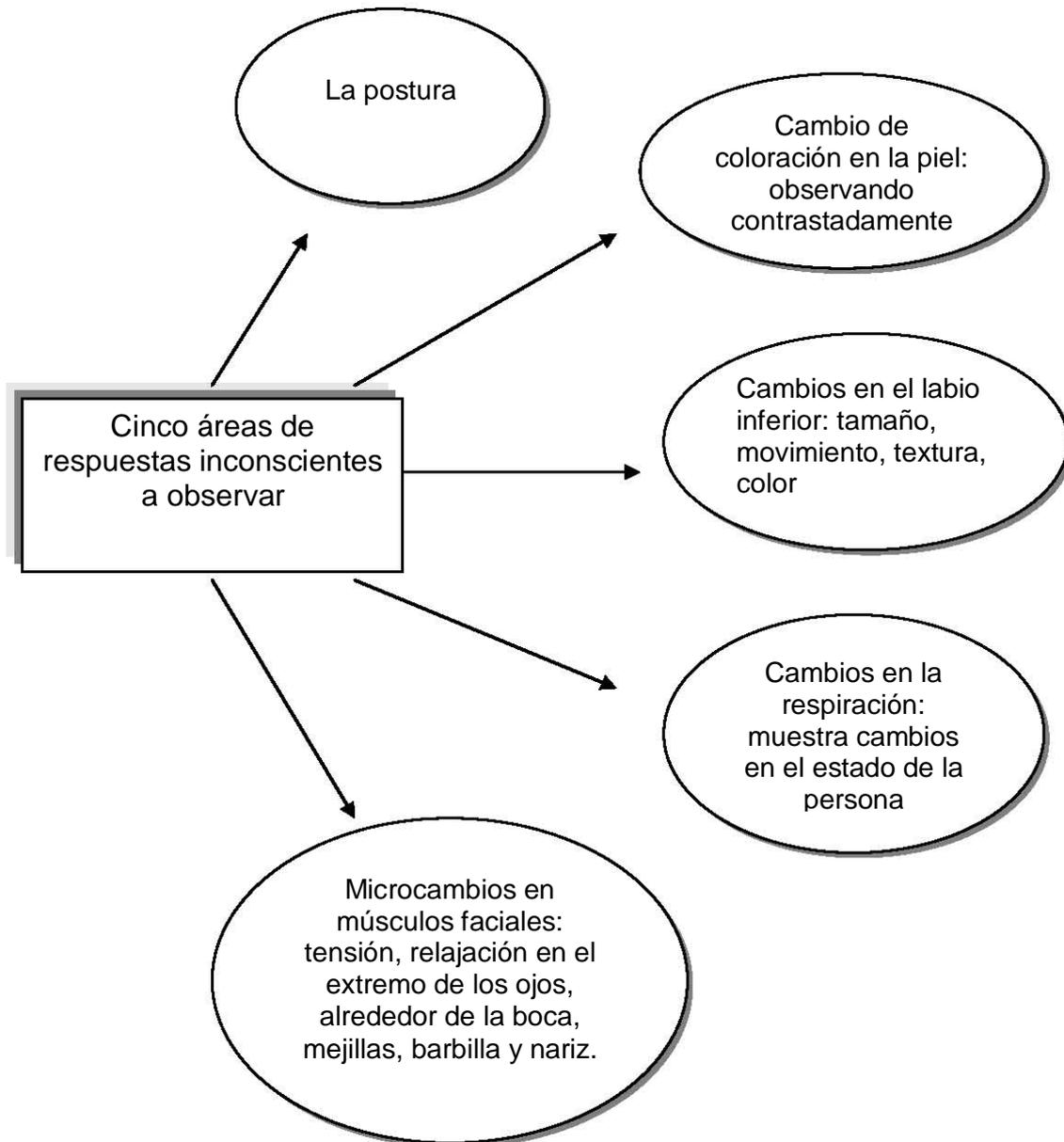
- **Saludo.** Marca el inicio de la sesión. Es diferente al saludo convencional o social. Se sugiere que el saludo sea neutro para no inducir la terapia.
- **Rastreo.** Tiene como objetivo conocer en el aquí y ahora las circunstancias que llevan al paciente a la terapia e iniciar el proceso de aclarar sus necesidades, que en varios casos él mismo desconoce; para esto, el tanatólogo debe ocupar de manera adecuada la comunicación en sus tres niveles (no verbal, verbal y paralingüístico), la pregunta eficaz y los silencios.
 - La comunicación no verbal son los gestos, posiciones corporales, forma de vestir, movimientos, mirada, tonalidades de la piel, etc.
 - La comunicación paralingüística es el tono de la voz, su velocidad y ritmo, no lo que se dice, sino como se dice.
 - La comunicación verbal es el contenido de lo que se habla.

Para determinar la congruencia o incongruencia que un paciente presenta en el proceso de terapia se ocupa la fenomenología, habilidad para distinguir pequeñas señales y reconocer su significado dependiendo de cada persona. La comunicación del cuerpo es un punto de partida para entender el significado de la comunicación.

⁷⁵ Ibid.



Existen cinco áreas de respuesta inconsciente que se deben observar dentro de la terapia tanatológica, mediante el método fenomenológico⁷⁶:



- Pregunta eficaz. La comunicación verbal en terapia tanatológica se da a través de la pregunta eficaz. Consiste en desafiar la vaguedad e imprecisión del lenguaje del paciente, con el fin de ampliar sus recursos durante su proceso de terapia tanatológica.

⁷⁶ Ibid.



- Silencios. El aspecto importante es evaluar el significado y la función del silencio en la terapia.
- **Identificación de la emoción.** Responsabilizar al paciente de sus sentimientos, emociones y sensaciones, con respecto a los acontecimientos, circunstancias, relaciones y sucesos que se investigan en el rastreo. Se pueden utilizar las siguientes preguntas: ¿Cómo te sientes en este momento?, ¿Qué sensación sientes en tu cuerpo?, ¿Cómo sabes que te sientes...?, ¿Cómo te sientes con respecto a ...? etc.
- **Determinación de la necesidad principal.** Determinar con claridad cuál es la necesidad principal que presenta el paciente en el aquí y ahora con la finalidad de llevar a cabo su proceso tanatológico.
- **Ejercicio.** Consiste en utilizar técnicas gestálticas para apoyar o facilitar al paciente que busca el proceso de cierre y, en su caso, cerrar el duelo. Son diagonales, vivenciales y mixtos. Los diagonales se realizan por medio de una conversación en la cual el tanatólogo busca que el paciente descubra la forma en que está actuando, para qué le ha servido y, si está listo, realice los cambios que crea necesarios. En los vivenciales por su parte el tanatólogo induce al paciente para que traiga en el aquí y ahora una vivencia previa, que en ocasiones está inconclusa, con la finalidad de realizar los ajustes necesarios para su cierre.
- **Retroalimentación.** Es facilitar al paciente el proceso de aprendizaje o de darse cuenta para la elaboración o resolución del duelo.
- **Cierre.** Es el último paso de la sesión y en ella se busca que el paciente reafirme lo que aprendió o se dio cuenta, al mismo tiempo que se da por terminada la sesión.

Este método se puede utilizar con pacientes con enfermedades crónicas o terminales o que han vivido una pérdida significativa.



El modelo cognitivo del duelo patológico: el modelo de Bowlby (1980)

John Bowlby parte del supuesto de que la conducta de apego se organiza utilizando para ello sistemas de control propios del sistema nervioso central, al que se le ha atribuido la función de protección y supervivencia. Existe la tendencia a responder conductual y emocionalmente con el fin de permanecer cerca de la persona que cuida y protege de toda clase de peligros. Y aquellos que poseen estas tendencias tienen más probabilidades de sobrevivir y de poder traspasar dichas tendencias a generaciones posteriores.

Ainsworth define tres estilos de apego en base a cómo responden los individuos en relación a la figura de apego cuando están angustiados: seguro, ansioso-ambivalente y evitativo.

Bowlby⁷⁷ estableció el modelo del duelo patológico, el cual consta de tres grupos de variables esenciales:

- Características personales de la persona que sufrió la pérdida,
- Experiencias infantiles de la persona que sufrió la pérdida y
- Procesamiento cognitivo de la pérdida ("Elaboración del duelo").

Factores que afectan el curso del duelo. Existen diversas causas que determinan que en algunos individuos el duelo asuma un curso patológico mientras que en otro sea normal, Bowlby hizo una clasificación de las variables que influyen en este proceso:

1. Identidad y rol de la persona pérdida.
2. Edad y sexo de la persona que sufrió la pérdida.
3. Causas y circunstancias de la pérdida.
4. Circunstancias sociales y psicológicas de la persona que sufrió la pérdida al rededor del momento en que ésta se produjo.
5. Personalidad de quien sufrió la pérdida con especial referencia a sus dificultades para establecer relaciones de amor y capacidad para responder a situaciones de estrés.

⁷⁷ www.psicología-online.com/ESMUbeda/libros/manual/manual



Personalidades propensas al duelo patológico

Las personas cuyo duelo asume un giro patológico suelen haber sido propensos antes de sufrir la pérdida a establecer relaciones afectivas de ciertos tipos especiales, aunque contrastantes.

- 1. Predisposición a establecer relaciones cargadas de ansiedad y ambivalencia.** Estos individuos muestran un alto grado de apego ansioso, penetrado de una ambivalencia manifiesta o encubierta. Desde Freud en adelante los psicoanalistas han subrayado que personas que muestran un trastorno depresivo después de haber sufrido una pérdida tenían tendencia desde la niñez a establecer relaciones cargadas de ansiedad y ambivalencia con aquellos a quienes aman. Freud dice que estas personas comparten “una fuerte fijación al objeto de amor” con una escasa fuerza de resistencia a la frustración y a la decepción.
- 2. Predisposición a prodigar cuidados de manera compulsiva.** Algunos individuos responden a la pérdida o a la amenaza de pérdida preocupándose intensamente y en grado excesivo por el bienestar de otras personas. En lugar de experimentar tristeza y aceptar el apoyo que les ofrecen los demás proclaman que es algún otro quien se encuentra en una situación desdichada y con necesidad de que lo cuiden y entonces insisten en brindarles cuidados. Si este patrón se establece durante la niñez o la adolescencia la persona en cuestión es propensa durante toda la vida a establecer relaciones afectivas de conformidad con este molde.
- 3. Predisposición a afirmar independencia respecto a los lazos afectivos.** Aunque es seguro que muchos de los que tienen un duelo desfavorable son personas que antes de la pérdida insistieron en que eran independientes de todo lazo afectivo, la información sobre esas personas es aún menos adecuada que la que se posee sobre los tipos de personalidad considerados. Hay varias razones de ello. Primero, es propio de la dolencia el hecho de que para un observador exterior el duelo de esas personas a menudo parece progresar sin peripecias.



Como resultado de ello, en todos los estudios, salvo en ellos que aplican métodos muy refinados, suele pasarse por alto a esas personas y agruparlas con aquellas cuyo duelo progresa de manera genuinamente favorable. En segundo lugar, y ésta es una fuente potencial de error probablemente de mucha más importancia, está la circunstancia de que los individuos propensos a afirmar su autosuficiencia emocional son precisamente aquellos que menos dispuestos se muestran a participar en estudios del problema. Una tercera dificultad estriba en que algunos individuos que tienen esa propensión establecieron lazos afectivos muy leves con los padres o con el cónyuge o con un hijo, de manera que cuando sufren una pérdida se sienten poco afectados.

Estos tres grupos de personas ante la pérdida del ser querido reaccionan con culpa y autocríticas por el suceso; reacción prolongada que produciría el duelo patológico.

Sin embargo la conexión entre el hecho de la pérdida, las experiencias infantiles, la predisposición personal, y la respuesta patológica, es vinculada cognitivamente. Bowlby defiende que el sujeto ha desarrollado una disociación cognitiva entre lo que él describe de como eran las relaciones con la persona perdida y lo que él atribuye como causa de la pérdida (representado en la memoria episódica). Esta última información a menudo no es accesible a la conciencia, y su procesamiento suele ser "inconsciente". La explicación que da Bowlby a este hecho es que los padres de alguna manera "presionaron" para que el chico/a tuviera una buena imagen de ellos, y esa presión introdujo una regla cognitiva que prohibía revisar el funcionamiento real con ellos (que se reproduce de alguna manera con la persona pérdida).

Los terapeutas cognitivos-conductuales han adoptado la anterior formulación "cognitivo-dinámica" en general. Especialmente Ramsay⁷⁸ ha definido el duelo patológico como un estado de estrés postraumático con evitación de estímulos internos y externos que puedan recordar la pérdida. El sujeto mantendría un

⁷⁸ Idem.



esquema cognitivo ligado a la relevancia de la persona pérdida y errores cognitivos (maximización de recuerdos negativos y minimización de recuerdos positivos; visión catastrofista sobre lo mal que se pasa al recordar al difunto, y culpa por haberse conducido/o haber dejado de realizar ciertas tareas hacia el difunto; e incluso culpa por haber experimentado ciertos sentimientos negativos hacia el difunto, en vida).

Siguiendo la explicación que da Bowlby a por qué funciona la terapia del duelo, se incluyen 3 objetivos de esta:

1. Facilitar la expresión de sentimientos inhibidos hacia el difunto.
2. Facilitar la expresión de las circunstancias que condujeron a la pérdida y el relato de las relaciones con el difunto.
3. Lograr a partir de los dos puntos anteriores la activación cognitiva de procesamiento de informaciones previamente excluidas.

VI. II TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

Técnicas de la teoría gestalt

En la Terapia Gestalt se trabaja con tres clases de técnicas básicamente:

1) Técnicas supresivas: lo que pretenden básicamente es evitar o suprimir los intentos de evasión del paciente del aquí - ahora y de su experiencia; es decir, se busca con ello que el sujeto experimente lo que no quiere o lo oculto a fin de facilitar el darse cuenta.

Entre las principales técnicas supresivas se encuentran:

- Experimentar la nada o el vacío, tratando de que el "vacío estéril se convierta en vacío fértil"; no huir del sentimiento de vacío, integrarlo al sí mismo, vivirlo y ver que surge de él.
- Evitar "hablar acerca de", como una forma de escapar a lo que es. El hablar debe sustituirse por el vivenciar.



- Detectar los "deberías" y antes que suprimirlos es mejor tratar de determinar qué puede haber detrás de ellos. Los "deberías" al igual que el "hablar acerca de" son formas de no ver lo que se es.
- Detectar las diversas formas de manipulación y los juegos o roles "como si" que se desempeñan en terapia. También, antes que suprimirlos es mejor vivenciarlos, hacer que el sujeto se de cuenta de ellos y del rol que juegan en su vida. Entre las principales formas de manipular se puede hallar: las preguntas, las respuestas, pedir permiso y las demandas.

2) Técnicas expresivas: se busca que el sujeto exteriorice lo interno, que se de cuenta de cosas que posiblemente llevó en sí toda su vida pero que no percibía.

Con esto se pretenden tres cosas básicamente:

Expresar lo no expresado:

- Maximizar la expresión, dándole al sujeto un contexto no estructurado para que se confronte consigo mismo y se haga responsable de lo que es. Pedir al cliente que exprese lo que está sintiendo.
- Hacer la ronda, que el sujeto exprese lo que quiera a cada miembro del grupo o se le da una frase para que la repita a cada uno y experimente lo que siente.

Terminar o completar la expresión:

- Aquí se busca detectar las situaciones inconclusas, las cosas que no se dijeron pero pudieron decirse o hacerse y que ahora pesan en la vida del cliente. Una de las técnicas más conocidas es la "silla vacía", es decir, trabajar imaginariamente los problemas que el sujeto tiene con personas vivas o muertas utilizando el juego de roles.

Buscar la dirección y hacer la expresión directa:

- Repetición: la intención de esta técnica es buscar que el sujeto se percate de alguna acción o frase que pudiera ser de importancia y que se de cuenta de su significado. Ejemplos: "repite esta frase nuevamente", "haz otra vez ese gesto", etc.



- Exageración y desarrollo: es ir más allá de la simple repetición, tratando de que el sujeto ponga más énfasis en lo que dice o hace, cargándolo emocionalmente e incrementando su significado hasta percatarse de él.
- Traducir: consiste en llevar al plano verbal alguna conducta no verbal, expresar con palabras lo que se hace. "Qué quiere decir tu mano", "Si tu nariz hablara que diría", "Deja hablar a tus genitales".
- Actuación e identificación: es lo contrario a traducir. Se busca que el sujeto "actúe" sus sentimientos, emociones, pensamientos y fantasías; que las lleve a la práctica para que se identifique con ellas y las integre a su personalidad. Es muy útil en el trabajo de sueños.

3) Técnicas integrativas: se busca con estas técnicas que el sujeto incorpore o reintegre a su personalidad sus partes alienadas, sus hoyos. Aunque las técnicas supresivas y expresivas son también integrativas de algún modo, aquí se hace más énfasis en la incorporación de la experiencia.

- El encuentro intrapersonal: consiste en que el sujeto mantenga un diálogo explícito, vivo, con las diversas partes de su ser; entre los diversos subyos intrapsíquicos. Por ejemplo entre el "yo debería" y el "yo quiero", su lado femenino con el masculino, su lado pasivo con el activo, el risueño y el serio, etc. Se puede utilizar como técnica la "silla vacía" intercambiando los roles hasta integrar ambas partes en conflicto.
- Asimilación de proyecciones: se busca aquí que el sujeto reconozca como propias las proyecciones que emite. Para ello se le puede pedir que él haga de cuenta que vive lo proyectado, que experimente su proyección como si fuera realmente suya. Aquí se podría utilizar el intercambio de roles.

Es importante recordar que estos procedimientos o técnicas son sólo un apoyo para lograr los objetivos terapéuticos, pero que no constituyen en sí la Terapia Gestalt. Lo importante, lo realmente terapéutico, es la "actitud gestáltica" que se adopte, el reconocimiento de la importancia del proceso, y el respeto por el ritmo individual del cliente.



El modelo del duelo patológico de Bowlby, maneja las siguientes técnicas de intervención:

▪ **Técnicas conductuales:**

Su objetivo básico consiste en reducir la tendencia del sujeto a la evitación de recuerdos dolorosos (eventos, pensamientos, sentimientos, etc) y situaciones ansiógenas externas; para que así el sujeto pueda habituarse a ellos, o "procesarlos" (elaborarlos).

1. Programación de actividades de dominio-agrado: por ejemplo reemplazar las visitas al cementerio por actividades potencialmente agradables.

2. Exposición simbólica: por ejemplo ordenar una habitación como si el paciente viviera los momentos previos a su propia muerte; o imaginarse rodeado de los seres queridos, despidiéndose de cada uno de ellos antes de morir.

3. Exposición y prevención de repuestas de evitación: consiste en verbalizar los recuerdos vivenciales en relación al difunto sin evitar tal tarea.

4. La amplificación de sentimientos: consiste en la expresión de sentimientos positivos o negativos hacia la persona desaparecida, de forma más o menos dramatizada.

5. Juego de roles: psicodramatizar o representar escenas relevantes, y a menudo conflictivas, respecto a la relación con el difunto, de modo que se puedan experimentar cogniciones y emociones relevante y que han sido evitadas. Se puede emplear el procedimiento de la "silla vacía" de la gestalt.

▪ **Técnicas cognitivas:**

Su objetivo es revisar la validez de las cogniciones y significados que el sujeto da a la experiencia de la pérdida; de modo que pueda realizar atribuciones más ajustadas a la realidad y elevar sus expectativas de esperanzas a continuar su vida sin el difunto.



1. Descatastrofizar: se trabajan las probabilidades reales de que sucedan eventos catastróficos si el sujeto no afronta determinados recuerdos o situaciones. La exposición apoya la descatastrofización.

2. Reatribución: se examinan las evidencias que el sujeto tiene para su culpa y se revisan las evidencias para explicaciones alternativas más plausibles (normalmente, atribuciones externas frente a internas).

3. Autoaceptación: se trabaja con el sujeto sus exigencias y autocríticas por haber experimentado ciertos sentimientos hacia el difunto (p. ej. agresivos, odio, etc) y se diferencia entre estos y la persona global.

Existen otro tipo de técnicas que son utilizadas en la intervención tanatológica aún cuando no son exclusivas de la misma, ejemplo de ellas son:

- **Técnica de “la vela encendida”:** ésta reside en encender una vela (de preferencia blanca) colocarla en el piso y sentarse o acostarse junto a ella, según se prefiera, el paciente tratara de visualizar a la persona con la cual tiene el conflicto, le expresara sus sentimientos, le dirá todas las cosas que quedaron pendientes, aquellas que no se dijeron, ya sea porque no se pudo o porque no se quiso. De esta forma al tiempo que se van expresando los sentimientos y se va consumiendo la cera de la vela, así mismo se irán consumiendo los sentimientos que le están provocando problemas psicoemocionales, la finalidad de esta técnica es que el paciente se libere de toda esa gama de sentimientos negativos, para que pueda continuar con su vida cotidiana.

Existen además otras técnicas que se utilizan en los cuidados primarios del duelo (CPD), entre las que se encuentran:⁷⁹

1. Técnicas exploratorias (recogida de datos básicos para la intervención). Las técnicas exploratorias tienen como objetivo, conocer todos los datos que pueden ser determinantes en la evolución del duelo. Estos datos proporcionan un “perfil de duelo” que servirá para orientar la intervención, priorizando los

⁷⁹ www.fisterra.com/guias2/duelo.



problemas detectados y ayudarán a saber si se está ante un duelo aparentemente normal o de riesgo.

2. Técnicas de intervención generales. Conforman la actitud al intervenir. Las técnicas de intervención generales que se desarrollan en CPD son: Relación (R), Escucha (E), Facilitación (F), Informar (I), Normalizar (N), Orientar (O) REFINO.

- **Establecer una Buena Relación.** Construir una adecuada relación profesional con el doliente es el fundamento y el principio de todo. Una buena relación de cuidados se caracterizará por:
 - Tener una estrategia, con unos objetivos centrados en el doliente y negociados con él, así como unas actividades encaminadas a conseguirlos.
 - Producirse en un tiempo y en un espacio. Acordar un tiempo por sesión, una periodicidad de ellas.
 - Desarrollarse entre iguales, en una teórica relación entre pares.
 - Realizarse en una dirección, es decir, que aunque es una relación entre iguales, hay una persona que ayuda (el profesional) y otra persona que recibe la ayuda (el doliente), y no a la inversa.
 - Con empatía: el profesional trata de sintonizar con las emociones del doliente y además se lo hace ver, le hace ver que está “rozando” lo que siente.
 - Genuina y auténtica, mostrando un interés por lo que cuenta la persona en duelo, tomando conciencia del sufrimiento del otro.
 - Mantenerse dentro del marco profesional establecido. Subrayando las características “profesionales” de la relación para evitar malos entendidos y reacciones de transferencia-contratransferencia dramáticas (Ej. evitar ser un “sustituto interino” del que falta).
- **Escucha activa.** Es atenta, centrada e intensa; es una escucha del otro y de uno mismo:
 - Es atenta, porque el profesional está con los cinco sentidos.



- Es centrada, debido a que se vive el aquí y ahora del momento.
- La escucha de de sí mismo mientras se esta con el doliente, el conectarse con las emociones y tomar conciencia de lo que se dice.

En la atención de personas que sufren profundamente se tiene que recordar, casi de continuo, que: “yo soy yo... y el otro es el otro”. También se debe tener en cuenta, que se puede impregnar de los sentimientos del doliente y saber que son de él, no del profesionalista.

- **Facilitación.** Es favorecer la comunicación, esperar, tener paciencia, es también hacerle un espacio al otro (al doliente) y darle “permiso” con buena actitud y ese clima “seguro” que se ha creado, para que cuente lo que se le ocurra o exprese sus emociones más profundas.

Son técnicas facilitadoras de la comunicación: preguntas abiertas, baja reactividad, miradas, silencios, ecos, asentimientos, hacer resúmenes para reeditar mentalmente al doliente.

- **Informar.** Al doliente es:
 - Explicarle lo que hoy define la psicología occidental como el constructor duelo, pero siempre volviendo a insistir que lo suyo es “único” y que tiene permiso para sentir lo que quiera y cuando quiera.
 - Aclararle que la evolución teórica del proceso es hacia el ajuste, que todos los seres vivos se adaptan instintivamente a las nuevas situaciones.
 - Orientarle sobre las dudas más habituales: “¿Es bueno ir al cementerio?, ¿y llorar...?, ¿y hablar siempre del muerto....?, ¿por qué ahora no me fío de nada ni de nadie, y por qué me parece todo distinto?, ¿por qué ahora tengo más miedo de morirme y a la vez quiero morirme?”.
- **Normalizar.** Es asegurarle al doliente –y se lo está diciendo su médico– que lo que siente, piensa, hace... es totalmente normal y lo natural en su situación. Esto valida sus reacciones y sentimientos, los legitima, confirma, desculpabiliza.



- **Orientar.** Es guiar, sugerir, aconsejar o incluso prescribir mediante instrucciones concretas determinadas conductas o rituales, y a veces lo contrario; por ejemplo, disuadir de una decisión precipitada.

3. Técnicas de Intervención específicas de uso habitual. Se usan con frecuencia en las intervenciones, por estar relacionadas con los problemas que plantea habitualmente el doliente.

- **Anticipación de fechas y situaciones.** Algunas fechas (aniversario de la muerte, cumpleaños, navidades, todos los santos, etc.) son especiales y con ellas llegarán nuevos tirones de dolor que sorprenden y desmoralizan al doliente. Por esta razón, conviene tener en cuenta fechas significativas que se avecinan o han pasado, para adelantarse si están por venir, adivinando o imaginando como se vivirán, o averiguar el impacto y la estela que han dejado atrás si ya han ocurrido.
- **Toma de decisiones, solución de problemas y adquisición de habilidades.** A veces la persona en duelo tiene un auténtico bloqueo cognitivo mezclado con miedo, su mundo se le ha venido abajo y todo puede ser extremadamente peligroso. En esta situación, a veces, la toma de decisiones para problemas que en otro momento supo resolver, resulta difícil. Otras veces se trata de adquirir habilidades que ejercía su pareja (arreglo de un enchufe, cambiar una bombilla, ir al banco, etc.). Se puede ayudar a concretar los problemas, generar alternativas, elegir una opción, ponerla en marcha y evaluar resultados.
- **Narración repetitiva de la muerte y “contar” historias.** La narración de un hecho trágico lo desdramatiza en parte. La descripción del drama de la muerte será espontáneamente reiterativo, no importa, se repetirá una y otra vez. Todo se recuerda, hasta el último detalle, y si no es en la primera versión lo será en la siguiente. El relato pormenorizado y redundante de la muerte es catártico, lava, purga, abre la salida de la emoción y además libera, ordena y estructura el pensamiento, casi hace de la muerte una parte de sí mismos, la normaliza.



- **Hablar de los sueños y de las presencias: visuales, auditivas, táctiles.** Los sueños a veces asustan e inquietan y en otras ocasiones alivian y reparan, producen sosiego. Es conveniente hablar de ellos y del significado que tienen para el doliente. Las presencias: “se le ve, se le oye, se le nota, se le huele, se le siente, te toca,...”, ¿fenómenos normales?, ¿paranormales?..., lo que diga el doliente, en cualquier caso se debe de normalizar.
- **Sondas emocionales y preguntas terapéuticas.** Son preguntas que penetran y rastrean las emociones del otro, y en general siempre devuelven respuestas jugosas. El doliente baja las defensas y, por un momento, libera parte de su tormenta interior. Una buena pregunta puede ser: “desde la última vez que nos vimos... ¿habías pensado en hablar hoy de algo que se te haya quedado colgado?..., eso que te ronda a veces en la cabeza, y le das vueltas y vueltas,... ¿querías comentarlo conmigo?”. A veces es útil preguntar directamente por el relato de los hechos: “¿cómo fue el accidente?”.Es inexcusable preguntar: “¿has pensado quitarte la vida?”, “¿cómo y cuándo?”, para valorar el riesgo de suicidio, si es algo concreto o sólo una idea fugaz.
- **Huir de los tópicos sociales al uso.** Es aconsejable evitar las frases hechas: “el tiempo lo cura todo”, “aun eres joven”, “ya ha pasado un año”, “tú eres fuerte”,... porque esto alejará emocionalmente e incluso puede provocar enfado. Si como profesionales no se sabe qué decir, es mejor verbalizarlo: “no se qué decirte... esto también me afecta...”, o expresarlo de forma no verbal con un apretón de manos, una abrazo, una mirada en silencio.
- **Fármacos.** En el duelo normal los psicofármacos serán de uso sintomático y ocasional ya que, medicalizar el duelo supone darle categoría de enfermedad, y esto va a tener importantes repercusiones en su elaboración, tanto para el doliente como para la familia. Si se plantea la administración de antidepresivos, se debe diferenciar la depresión mayor, de la tristeza propia del duelo, ya que en ésta son totalmente ineficaces.



4. Técnicas de intervención específicas de uso especial. Son técnicas que se pueden utilizar ocasionalmente en situaciones especiales.

- **Comunicación telefónica.** El teléfono será fundamental en el apoyo y seguimiento puntual, por ejemplo el profesional quiere hacer un seguimiento telefónico ante una fecha significativa que se avecina o en el caso del doliente que necesita aclarar una duda.
- **Escribir.** En determinadas personas, el escribir alivia y aclara u ordena sus ideas y emociones. El material generado se puede utilizar luego en las entrevistas, como un estímulo más para la comunicación. Se puede sugerir escribir acerca de “las cosas que le dirías y no le has dicho”, o “tener un diario escrito con tus conversaciones con él.
- **Dibujar.** Es un medio de expresión que puede conectar con nuestras profundidades y permitirá en determinadas personas sacar emociones o sentimientos, que luego también se pueden comentar en la consulta.
- **Libros de autoayuda (biblioterapia).** Se puede recomendar, en un momento dado y dependiendo del contexto, la lectura de un libro de autoayuda.
- **Elaborar un álbum de fotos o atesorar una caja con recuerdos.** Un álbum de fotografías o un cajón de recuerdos, un trozo de cabello, una joya, una moneda, una entrada de fútbol de aquella tarde, cosas que no le sirven a nadie para nada, pero tan personales que son un auténtico relicario.
- **Vídeos.** Visualizar vídeos del fallecido añade la dimensión del movimiento y el sonido a la foto, todo parece más real, y sirve para redimensionar la nueva relación con el muerto, autonegociar cómo se le va a recordar. Se pueden utilizar en las prescripciones e instruir 15-20 minutos diarios de vídeo cada día, en un tiempo privado, exclusivamente suyo y del muerto, o de quién lo quiera compartir.
- **Animales.** En el duelo, los animales domésticos, a veces juegan un papel fundamental, enganchan a la vida, permiten expresar cariño, hablar de cosas que probablemente no se hablaría con nadie.



- **Internet.** En Internet cada vez hay más recursos para las personas en duelo. Desde los “chats” de autoayuda en duelo hasta los ciber cementerios en los que se pueden erigir verdaderos “monumentos” funerarios conmemorativos, pasando por psicólogos y asesores de duelo que desarrollan sus sesiones terapéuticas directamente “on line”, páginas de grupos de autoayuda nacionales o internacionales.

VI. III BASES TEÓRICAS PARA LA TANATOLOGÍA

Si bien es cierto que a partir del capítulo III hasta esta parte del presente trabajo se han sentados los elementos fundamentales de la base conceptual de la Tanatología, es necesario también y de gran importancia sentar las bases teóricas de las que se puede sustentar la Tanatología, parte esencial sin la cual quedaría incompleta y poco sustentada la presente tesis. Se parte aquí de la idea de que la Tanatología es una necesidad institucionalizada recientemente. No obstante cabe señalar que la muerte en sí misma es un tema temido, ha sido conceptualizada erróneamente como una desgracia, un desfortunio, algo “no merecido”, por lo que esta institucionalización de la Tanatología como necesidad debe ser una atención en busca de la superación de los problemas psicoemocionales y sociales que los procesos que la tanatología implica provocan en el ser humano.

Teoría de la alineación y la anomia de Michel Foucault

Dicha teoría sustenta que si al enfermo mental se le expulsa a los límites de la ciudad es para no ver en él la escandalosa expresión de sus contradicciones que han hecho posible su enfermedad y que constituyen la realidad misma de la alineación social. Para Michel Foucault, se ha hecho de la alineación psicológica, la consecuencia última de la enfermedad, es para no ver la enfermedad en lo que realmente es: la consecuencia de las contradicciones sociales en las que el hombre está históricamente alineado”⁸⁰ En este sentido la muerte debe desdramatizarse y alejarse del concepto catastrófico, banal y

⁸⁰ Michel, Foucault, “Enfermedad mental y personalidad”, Ed. Paidós, México, 1990.



despersonalizado del hombre, conceptualización que ha generado la misma sociedad producto de su visión mecanicista y consumista que rechazan la muerte como algo propio a la vida unida a esta de manera natural e irremediable, falsedad que debe cambiarse antes de que la muerte también quiera ser alineada.

En la sociedad las instituciones juegan un papel fundamental ya que surgen como una respuesta a las necesidades humanas, éstas tienen como objetivo primordial cubrir dichas necesidades, para ello tienen que contar con ciertos recursos materiales, humanos y técnicos. Para poder entender el funcionamiento de una institución hay que ubicarla en el pensamiento funcionalista que es el más adecuado debido a que este “estudia a la sociedad como una totalidad de estructuras sociales y culturales, desde sus formas institucionales de relación y de acción social, hasta sus costumbres, creencias, asociaciones, ritos, técnicas, etc.”⁸¹ Esta perspectiva analiza e interpreta la realidad, desde un punto de vista sociológico y permitirá comprender los fenómenos sociales, actuando como una herramienta de análisis para interpretar el funcionamiento de la institución.

Para comprender mejor el trabajo de las instituciones y el papel que desarrollan en la sociedad hay que basarse en el mayor representante del funcionalismo que es **Emile Durkheim**. Para comenzar él menciona que en la vida hay **hechos sociales**, hay maneras de actuar, de pensar y de sentir que son externas al individuo y que poseen el poder de ejercer coacción sobre él, éstas realidades son los hechos sociales que constituyen el dominio propio del estudio sociológico. “Los hechos sociales existen como corrientes sociales por que tienen realidad objetiva y una acción coercitiva sobre el individuo”.⁸² Para Durkheim la sociología es el estudio de los hechos sociales, los cuales pueden descubrirse de dos maneras: por su poder de coacción sobre los individuos y por su función general dentro del grupo, por lo que los hechos sociales deben ser tratados como cosas. Por último los hechos sociales no son producto de la

⁸¹ Luciano, Galindo “Diccionario de sociología”, Ed. Siglo XXI.

⁸² Timasheff Nicholas, “La teoría sociológica”, FCE, Pp. 143



voluntad humana individual, son exteriores al individuo y al mismo tiempo moldean las acciones humanas de un modo inevitable y significativo. Y por ser el duelo un hecho social significativo e individual, que repercute en el comportamiento y el ámbito social inmediato del individuo y las personas cercanas a él, hace necesario que el individuo cuente con un profesional que le ayude a aceptar las pérdidas como inherentes al ciclo de vida y que promueva cambios y le proporcione alternativas de acción para el mejoramiento de su estilo de vida después de la pérdida, es aquí donde la Tanatología viene a ser una buena alternativa para su atención e intervención.

Durkheim relaciona los hechos sociales con la conciencia colectiva, que la división social del trabajo define como “el conjunto de creencias y sentimientos comunes al termino medio de los miembros de una sociedad”,⁸³ la conciencia colectiva existe únicamente en los sentimientos y las creencias presentes en las sociedades por lo que en la división social del trabajo Durkheim ha encontrado dos ideas esenciales, que la prioridad histórica de las sociedades, desde la conciencia individual está totalmente fuera de si, y la necesidad de explicar los fenómenos individuales por el estado de la colectividad y no el estado de la colectividad por los fenómenos individuales.

Durkheim alude a lo que a su juicio es la solución del problema, la curación del mal endémico de las sociedades modernas: la organización de grupos profesionales (instituciones) que favorecerán la integración de los individuos en la colectividad con la intención de generar una cohesión social. Lo que define lo esencial de la conducta legítimamente esperada de las personas son las instituciones en cuanto éstas desempeñan roles estructuralmente importantes en el sistema social.

La creación de instituciones satisface necesidades generales y fundamentales de la sociedad, pero lo hacen siguiendo pautas propias de cada grupo humano, identificando la identidad particular de los individuos tomando en cuenta sus

⁸³ Raymond Aron, “Las etapas del pensamiento sociológico”, Edit. Siglo XX, p. 26.



necesidades específicas. Para Durkheim las instituciones están fabricadas de intereses y valores, sanciones y convicciones, se manifiestan por valores y normas, acompañados de símbolos y lenguajes propios, presentes en toda forma de institucionalización.

Las instituciones sociales son en sí mismas grandes organizaciones que reúnen justamente esas características de organización masiva presentes en toda sociedad, han sido concebidas para liberar a los individuos de la sociedad de reinventar el mundo y de orientarse diariamente en él, las instituciones crean programas para el manejo de la interacción social a fin de refuncionarizar lo anómico y promover un tipo de solidaridad. Un aspecto importante a considerar es que el individuo esta ligado a la sociedad a través de la forma en que ajusta voluntariamente sus comportamientos a los valores, normas, reglas, preceptos o convencionalismos sociales. Es decir, en el grado de compromiso personal con que está dispuesto a conformarse a las normas institucionalizadas, teniendo presente que puede: no cumplirlas o ignorarlas por completo, respetar las instituciones a medias o sentir que el cumplimiento de los preceptos de una institución son parte del ser mismo de uno, hasta jugarse la vida por ellos si fuera necesario, o sentir que la vida no vale nada por encontrarse incapaz de vivirla de acuerdo a las normas de vida institucionalizadas. En este sentido se parte del precepto que la Tanatología es una necesidad que lentamente se ha ido institucionalizando, es decir, en la medida en que la pérdida, la muerte y el duelo han adoptados tintes de necesidad ya sea a nivel salud mental y/o salud espiritual, esta se ve en la necesidad de ser atendida institucionalmente en algunos hospitales de seguridad pública y privada por lo que ya se ha incorporado el área de Tanatología como parte de la atención integral al paciente.

Ahora bien y partiendo de lo anterior ya se retomaron los conceptos más íntimos de la Tanatología: las pérdidas, la muerte y el duelo, pero ¿Cómo explicar teóricamente estos conceptos en una intervención tanatológica



integral? Para esto se retomaran varias teorías a las cuales la Tanatología se puede adaptar.

Teoría General de Sistemas de Bertalanffy

El ser humano es una unidad en donde los factores biológicos, psicológicos y sociales constituyen un sistema. Actualmente el ser humano toma más conciencia de la necesidad de desarrollar y mejorar su sistema biopsicosocial. La teoría general de sistemas ofrece un modelo de unificación al brindar una perspectiva sobre el entendimiento de las personas en toda su complejidad y en interacción con el mundo en su alrededor, ésta conforma la base del **Modelo Biopsicosocial**. La teoría general de sistemas incorpora tanto mente como cuerpo. En este sentido la Tanatología comparte este principio, el ser humano debe de analizarse como un sistema donde los aspectos biopsicosociales van de la mano con el análisis del aspecto espiritual. La Tanatología debe ser una ciencia que para su estudio debe retomar todas los ámbitos con los que interacciona el sujeto, es decir, el biológico, el psicológico, social y el espiritual, etc. Ya que una pérdida, muerte o duelo sin lugar a dudas modificarán el estado psicológico del sujeto pero a la vez estos acontecimientos repercutirán en los demás aspectos mencionados.

Teoría del apego de Bowlby

Es una forma de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas en particular y un intento de explicar la amplia variedad de formas de dolor emocional y trastornos de personalidad, tales como la ansiedad, la ira, la depresión y el alejamiento emocional, que se producen como consecuencia de la separación indeseada y de la pérdida afectiva.

La meta de la conducta de apego como ya se mencionó es el de mantener un vínculo afectivo, cualquier situación que parezca ponerlo en peligro provoca una acción destinada a preservarlo, y cuando mayor es el peligro de sufrir una pérdida, más intensas y variadas son las acciones destinadas a impedirla.



Teoría de las emociones de Dantzer

Las emociones son estados anímicos que manifiestan una gran actividad orgánica, que se refleja a veces como un torbellino de estados anímicos permanentes. Se conciben como un comportamiento que puede ser originado por causas externas e internas; que puede persistir, incluso, una vez que ha desaparecido el estímulo y que acompaña necesariamente, en mayor o menor grado, toda conducta motivada.

Según la Teoría de las emociones, de R. Dantzer 1989, se puede decir, que las emociones no son entidades psicológicas simples, sino una combinación compleja de aspectos fisiológicos, sociales, y psicológicos dentro de una misma situación polifacética, como respuesta orgánica a la consecución de un objetivo, de una necesidad o de una motivación. Las emociones como los motivos pueden generar una cadena compleja de conducta que va más allá de la simple aproximación o evitación.

Robert Plutchik, quien identificó y clasificó las emociones en el año de 1980, propuso que los animales y los seres humanos experimentan ocho categorías básicas de emociones que motivan varias clases de conducta adoptiva, estas son: temor, sorpresa, tristeza, disgusto, ira, esperanza, alegría y aceptación; cada una de estas ayudan a adaptarse a las demandas del ambiente aunque de diferentes maneras.

Con todo lo anterior la Tanatología bien puede ser analizada y estudiada desde esta teoría, ya que según esta teoría, las ocho categorías básicas de emociones que motivan varias clases de conducta adoptiva, son básicamente las mismas que se experimentan en las diferentes etapas del proceso de duelo según Alfonso Reyes Zubiría (depresión, rabia, perdón y aceptación).

Duelo y melancolía de Freud

Por su parte Sigmon Freud⁸⁴, dice que la actitud ante la muerte queda complementada por el derrumbamiento espiritual cuando la muerte ha herido a

⁸⁴ Sigmon Freud, *El malestar en la cultura y otros ensayos*. Alianza editorial, Madrid – México 1992.



una persona amada y significativa. Por lo que pueden entrar en un estado de **aflicción**, que es una reacción propia a la pérdida de un ser querido en donde el mundo es percibido como desierto y sin ningún interés, pero tiene muy presente su amor propio (a diferencia de la melancolía), o quizá pueda estar en un estado de **melancolía** ésta se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación de interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio. Esta actitud ante la muerte ejerce una profunda influencia sobre la vida. La vida se empobrece, pierde interés, cuando la puesta máxima en el juego de la vida, esto es, la vida misma, no debe de ser arriesgada. Jamás el ser humano se encuentra tan a merced del sufrimiento; jamás son tan desamparadamente infelices como cuando han perdido el objeto amado o su amor.

Teoría de la comunicación humana de Watzlawick

El estudio deductivo de la mente, pasa a ser al estudio de las manifestaciones observables de toda relación. Ya que según Paul Watzlawick⁸⁵ tales manifestaciones es la comunicación, en este caso de la comunicación afectiva. La comunicación afecta a la conducta, y este es un aspecto pragmático. Así toda conducta es comunicación, y toda comunicación afecta a la conducta. La teoría de la comunicación habla de retroalimentación y esta puede ser positiva o negativa, la negativa caracteriza la homeostasis (el estado constante) por lo cual desempeña un papel importante en el logro y mantenimiento de la estabilidad de relaciones. La positiva lleva al cambio, ósea a la pérdida de estabilidad o de equilibrio.

En este sentido cabe mencionar los axiomas de la comunicación: la 1^o axioma: se deduce que por mucho que una persona lo intente no puede dejar de comunicar, cualquier comunicación implica un compromiso y define el modo en que el emisor concibe su relación con el receptor; 2^o axioma: toda comunicación implica un compromiso y por ende define una relación, una comunicación no solo transmite información sino que la mismo tiempo impone

⁸⁵ P. Watzlawick, et. al., op. cit.



conductas; 3º axioma: la naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes, 4º axioma: las palabras son signos arbitrarios que se manejan de acuerdo con la sintaxis lógica del lenguaje; 5º axioma: en una relación complementaria un participante ocupa la posición superior o primaria mientras el otro ocupa la posición correspondiente inferior o secundaria.

Hay que tener presente que al hablar de comunicación, no sólo se hace referencia a la comunicación verbal, si no también a la **comunicación no verbal**, ésta es muy importante en Tanatología, ya que en ocasiones los gestos, la actitud y los movimientos expresan mucho más que las palabras.

El suicidio de Emile Durkheim

Si bien es cierto que las pérdidas, la muerte y el duelo se pueden analizar desde el punto de vista de los sistemas, el apego, la actitud ante la muerte y la comunicación también hay que retomar el sentido social de la muerte, para lo que Emile Durkheim establece a través del estudio del suicidio. El suicidio lo define como toda muerte que resulta mediata o inmediatamente de un acto positivo o negativo realizado por la misma víctima. Sus dos hipótesis fueron sustentadas primero, el suicidio no es frecuente en una sociedad integrada; segundo, que la motivación principal para el comportamiento suicida varía con el cambio de valores de una sociedad en particular. Durkheim sugirió, por lo tanto, que el suicidio está etimológicamente relacionado con la estructura social de la sociedad o grupo particular dentro del cual vivía el individuo y con su relación para con el grupo. Durkheim llegó a identificar tres tipos básicos de suicidio: altruista, egoísta y anómico. El suicidio altruista se presenta cuando el individuo está demasiado integrado al grupo social y las costumbres o reglas del grupo exigen el suicidio bajo ciertas circunstancias con el fin de realizar un propósito más alto. El suicidio para algunas obediencias religiosas o políticas podría ser representado en este grupo donde la muerte autoimpuesta es honorable y la persona tiene poca elección. El suicidio egoísta resulta de una falta de integración social en donde el individuo, o no estaba integrado, o había sido expulsado del sistema social, que incluye la familia, religión, red social y



grupos políticos. Existe la pérdida de un sentido de pertenencia y compromiso social. El suicidio anómico ocurre cuando existe un cambio abrupto en el status de la relación de una persona y su sociedad. Algunos ejemplos incluirían la adversidad social, problemas económicos, pérdida reciente de un trabajo o muerte de un amigo cercano. Por lo anterior como dejar fuera el tema del suicidio, cuando forma parte del estudio de esta tesis al ser catalogado entre los tipos de muerte, además de ser un área de intervención para la Tanatología.

Teoría del análisis existencial de Frankl

Dice que el suicidio tiene sus raíces en una creciente frustración existencial. Víctor Frankl afirma que dentro de los efectos universales de ese vacío existencial se encuentra la *triada neurótica de las masas* que consiste en la depresión, la adicción y la agresión. Este autor afirma que el análisis existencial es la manera de proponer un concepto del hombre donde lo esencial sea su autonomía de la existencia espiritual, en otras palabras, lo espiritual es lo que hay de humano en el hombre. Para Víctor Frankl existen tres caminos que llevan a dar sentido a la vida: primero, cumpliendo un deber o creando un trabajo; segundo, experimentando algo o encontrando a alguien; en otras palabras se puede encontrar sentido no sólo en el trabajo sino en el amor. Pero el más importante es el tercer camino: cuando nos enfrentamos a un destino que no podemos cambiar, estamos llamados a dar lo mejor de nosotros mismos, elevándonos por encima de nosotros mismos y creciendo más allá de nosotros mismos; en una palabra, a través de la transformación de nosotros mismos. Esto es válido indistintamente para los tres componentes de la tríada trágica dolor, culpa y muerte, en la medida que se logre convertir el sufrimiento en un éxito y en un logro humano; extraer de la culpa la oportunidad para cambiar, para mejorar; y ver en la transitoriedad de la vida un incentivo para emprender una acción responsable.⁸⁶ Como ignorar lo anterior si pareciera ser uno de los objetivos de la Tanatología. Para Frankl la religión es el deseo de llegar a un significado último. La religión sin lugar a dudas ha sido un elemento importante en la Tanatología, ya que esta ha tenido un gran énfasis en la

⁸⁶ Frankl, Víctor, op. cit.



espiritualidad del hombre, como una de las maneras de afrontar y sobreponerse a las pérdidas.

Ahora bien, cabe mencionar aquí que si la Tanatología se ha sustentado en esta base espiritual y moral de las pérdidas, la muerte y los duelos, ésta debe empezar a analizarse desde otras perspectivas que den como resultado una Tanatología integral que pueda intervenir en otras problemáticas que no le son ajenas.

En este sentido cabe analizar la Tanatología desde otras vertientes: la cultural, la moral, la antropológica y ¿por qué no? la económica. Empezando por la cultural, la muerte esta ligada íntimamente a esta percepción, la cultura forma parte de la expresión del hombre, tomando en cuenta que el término cultura engloba además modos de vida, ceremonias, arte, sistemas de valores, derechos fundamentales del ser humano, tradiciones y creencias entre otras. En esta dirección se le ha dado un sentido de religiosidad y fiesta a la muerte, ejemplo de ello es el “día de muertos” celebración en la cual se venera a los muertos con el objetivo de dar explicación a aquello que le es desconocido al hombre, en este parámetro está la muerte. Si por moral se entiende el conjunto de facultades del espíritu, por contraposición a lo físico y tomando como punto de partida el sentido religioso imperante que se le asigna a la muerte, lo moral predomina en la tendencia de la Tanatología, ésta a barca el sentido de la muerte, las pérdidas y el duelo como algo inevitable para lo que el espíritu del ser humano debe permanecer fuerte porque después del sufrimiento vendrá la calma y el aprendizaje espiritual. No obstante la antropología tiene aquí también su importancia por ejemplo, una vez muerta la persona, el cadáver forma parte de esa historia o huella de la existencia del sujeto, se deja la evidencia de una vida. Por lo tanto la Tanatología en este sentido también debe analizar tanto las antiguas como las nuevas formas en que éste resto de la vida se perpetua, ejemplo de ello ya no son tan sólo las inhumaciones, sino también la incineración, cuestión que se retoma también como un elemento de la vertiente económica de la muerte. Retomando ésta última referencia poco se habla de la cuestión económica de la misma.



Conviene hablar aquí de la forma en que el cuerpo humano sin vida se traspassa a la muerte, que si bien tiene sus raíces en lo religioso también tiene tintes económicos. En México la práctica funeraria se ve modificada por la llegada de los españoles y del cristianismo, ya que la inhumación era la única forma aceptada por dicha religión. Sin embargo en el siglo XIX la inhumación toma un nuevo sentido, no era posible seguir enterrando a los muertos debajo de las iglesias, actividad que se hacía como modalidad de los entierros, debido al suelo lodoso, en que el olor de los cuerpos en descomposición alcanzaba proporciones alarmantes aunado a las cualidades de los terrenos destinados a los cementerios, ya que estos no ofrecían las condiciones higiénicas para la edificación de un panteón. En este sentido la cremación fue bien acogida en México por la corriente higienista quien insistía en la necesidad de evitar focos de emanaciones pútridas o miasmáticas, solución que ofrecía la destrucción cadavérica por medio del fuego. El segundo punto a favor de la cremación era la localización de los cementerios en la Ciudad de México y las características del suelo, en su mayor parte constituido por tepetate. Éste tenía como inconveniente su propiedad porosa, la que favorecía notablemente la filtración del agua con el subsecuente envenenamiento de los pozos o su paso al exterior formando manantiales de agua contaminada con sulfuro de calcio. Un tercer punto a favor de la cremación era que los cementerios ocupaban una extensión cada vez mayor de terreno y con ello se acercaban los peligros a su existencia.

No obstante lo anterior en México, la polémica en contra de la cremación se da en tres campos: el religioso, el antropológico y el médico legista. En el sentido religioso la cremación se oponía debido al versículo bíblico que dice: “comeréis vuestro pan con el sudor de vuestro rostros hasta que volváis a la tierra de donde habéis salido, porque no sois más que polvo y en polvo os convertiréis”. Por otra parte se sustentaba por la naciente antropología física que la cremación tendría resultados inconvenientes, ya que la destrucción del cadáver privaría a los antropólogos del estudio del esqueleto, con la pérdida del material indispensable para la formación de sus gabinetes y despojaría a la disciplina de la posibilidad de aclarar algunos puntos oscuros que todavía



existían en esa ciencia. En el campo de la medicina legal, la preocupación estaba ligada en las evidencias de carácter legal que podrían desaparecer durante la incineración: los envenenamientos, golpes, heridas, preñez, y la identificación del cadáver en caso de homicidio, favoreciendo con ello la impunidad y la mutilación de los delitos.

En este sentido y favoreciendo las ventajas de la cremación, existe el lado económico de éstas, es decir, como ya es de bien saber la muerte tiene un costo y se podría decir que también morirse cuesta. En una funeraria del estado de México por ejemplo, el servicio funerario tienen un costo de 2 500 pesos, más 700 pesos si se hace un traslado del Distrito al Estado de México, estos costos incluyen los trámites en el hospital (de ser el caso), es decir, el acta de defunción y el permiso de sepultura en el panteón correspondiente, así como el traslado del cuerpo del hospital al domicilio, el servicio de carroza y un carro pulman. Si a esto se le suma el costo del embalsamado por 1200 pesos y el costo del ataúd que varía de 1600 el más económico cuyo material es de metal ascendiendo a 6900 el más costoso cuyo material es la madera. Si se decide velar a la persona en la misma funeraria el costo por el día es de 1 400 pesos. Por su parte la incineración tiene un costo de 1 500 pesos incluyendo la urna. Es aquí donde se hace el énfasis de la ventaja económica de la incineración, ya que si se compara el costo total de la inhumación este asciende a 6000 pesos eligiendo el ataúd más económico y sin el servicio de velación en la funeraria, pero si se decide velar el cuerpo en el domicilio, este debe contemplar la atención a las personas que acompañan a la familia en su dolor durante el novenario.*

Por lo anterior se puede decir que la cremación no sólo se ha incrementado por cuestiones meramente higiénicas, sino también económicas. Aunado ha esto la inhumación también ha ido adquiriendo otras problemáticas, como es el caso de la exhumación por falta de espacio en los panteones. En este sentido el cuerpo de una persona que muere tiene permiso para estar en el lugar designado dentro del panteón por únicamente cinco años, tiempo en el cual se

* Costumbre católica en el que se ora por el alma del fallecido durante nueve días, en el que se les brinda café y galletas a los acompañantes de la familia en dicho ritual.



extraen los restos y de no ser reclamados por la familia para ser puestos en una cripta propia se van a la fosa común. Otra problemática es que en una tumba suelen estar hasta tres cuerpos encimados. Esto no sólo ejemplifica la falta de espacio en los cementerios para un futuro irremediable, sino ejemplifica también que hasta en la muerte la cuestión económica también tiene relevancia y se puede dejar entre dicho el dicho popular “la muerte no distingue”, ya que si bien es cierto que todo hombre morirá si se puede decir que no todos gozan de los mimos privilegios en la forma de abandonar este mundo.

Tomando como base teórica todo lo anterior es importante resaltar la importancia de una Tanatología integral que permita una intervención tomando en cuenta otros elementos además del espiritual y moral en los procesos de pérdida, muerte y duelo, aspectos como la idiosincrasia de cada cultura, la situación familiar y económica y por supuesto la edad de los dolientes así como las circunstancias en que suceden los hechos, entre otros aspectos que sin lugar a dudas logran un intervención más integral.

VI. IV TRABAJO SOCIAL DE CASOS

Una vez abordados en capítulos anteriores los temas relevantes relacionados a la Tanatología (pérdida, muerte y duelo) se puede afirmar que la Tanatología es una ciencia cuyo objetivo es que estos hechos sean situaciones menos dramáticas y temidas para el ser humano. Teniendo lo anterior como base y para el fin de este trabajo, la intervención de Trabajo Social con adolescentes en proceso de duelo se retomará un área del Trabajo Social, Trabajo Social de Casos.

En este sentido no se puede hablar de Trabajo Social de Casos sin recurrir a sus inicios y bases metodológicas y para ello es importante mencionar la obra de Mary Ellen Richmond (1861-1928) precursora de esta modalidad de Trabajo Social. Las características más importantes de su obra son: el haber señalado que sin investigación social no es posible realizar Trabajo Social, señaló



también el objetivo es el mismo “EDUCAR” a través de un programa de participación que permita al cliente compartir con el trabajador social la responsabilidad de las decisiones a tomar.

En este sentido Richmond define el trabajo social de casos de la siguiente manera: el servicio social de casos individuales es el conjunto de métodos que desarrollan la personalidad, reajustando consiente e individualmente al hombre a su medio social.

Para realizar el tratamiento Richmond señala cuatro divisiones:

- a. Comprensión de la individualidad y de las características personales;
- b. Comprensión de los recursos, de los peligros y de las influencias del medio social;
- c. Acción directa de la mentalidad de la asistente social sobre la de su cliente;
- d. Acción directa ejercida por el medio social.

El método aplicado por Mary Richmond, consistente en el estudio de casos incluyen diagnóstico y tratamiento, aportes que hoy en día son retomados dentro de las fases sucesivas del trabajo social de casos. Con lo anterior se puede observar que la finalidad del trabajo social de casos es encontrar y satisfacer las necesidades humanas.

Para el propósito de este capítulo se consideró pertinente dar un pequeño bosquejo de los métodos propuestos para el trabajo social de casos, según los siguientes autores:

Gordon Hamilton

Para Hamilton el hombre es un organismo biosocial, “el caso”, el problema y el tratamiento siempre deben ser considerados por el trabajador social como un



proceso psicosocial. Para ello define al caso social como “un acontecimiento vivo” que siempre incluye factores económicos, físicos, mentales, emocionales y sociales, en proporciones diversas. Un caso social se compone de factores internos y externos, o sea, relativos al medio ambiente⁸⁷.

Para Hamilton la interacción de la persona con su ambiente ha hecho que se desarrolle una disciplina profesional cuyo objetivo es ayudar al individuo que tiene un problema dentro de un cuadro de circunstancias específicas. Esto incluye la consideración de los factores causales y contribuyentes. La realidad del cliente y sus sentimientos sobre esta realidad se convierte en la constelación del proceso de trabajo de casos, en la que los factores familiares e interpersonales intervienen constantemente, modificando el diagnóstico y las metas del tratamiento. El tratamiento es la suma de todas las actividades y servicios dirigidos a ayudar al individuo en sus problemas.

Para Gordon, el concepto de cambio se relaciona con la capacidad del cliente y con las oportunidades y recursos del ambiente. Para lo cual se hace uso de cuatro procedimientos en el trabajo social de casos:

- a. El uso de la relación
- b. El procedimiento de la entrevista
- c. El uso de los recursos sociales
- d. Los requerimientos de la práctica en las agencias

Du Ranquet Matilde

Para Du Ranquet⁸⁸, el comprender lo que es el trabajo social individual y familiar, requiere de situarlo en el conjunto del Trabajo Social, del que éste es un elemento. El Trabajo Social dispone de diferentes modos de intervención; estas intervenciones pueden dirigirse a personas individuales, a familias o a grupos pequeños, o bien tratar sobre las estructuras y las instituciones.

⁸⁷ Gordón, Hamilton, “Teoría y práctica del Trabajo Social de Casos”, La prensa Médica Mexicana, México 1960.

⁸⁸ Matilde, Du Ranquet, “Los modelos de trabajo social con personas y familias”, Siglo XXI, España editores s.a., 1996, España.



El método

El método de Trabajo Social es un método clínico, es decir, que persigue un tratamiento: cura, prevención, promoción o mejora social. Toma sus diferentes elementos del método científico utilizado en las ciencias experimentales y descritas en 1865 por Claude Bernard.

Las tres etapas

Lo que Claude Bernard⁸⁹ llama el razonamiento experimental, se divide en tres etapas:

- 1) **La investigación u observación** de los hechos debe esforzarse por ser exacta, completa e imparcial. En Trabajo Social se reúnen los hechos significativos y se trata de determinar esta significación: el sentido de este hecho, con sus “porqués” y sus “comos”, de manera que se obtenga una idea de la realidad objetiva y su significación subjetiva.
- 2) **La hipótesis** (o idea) establece una relación entre los hechos; imagina la existencia de una conexión hasta entonces desapercibida; presiente que las cosas deben ocurrir de una cierta manera. En Trabajo Social esta fase puede revertir diferentes nombres: balance psicosocial, diagnóstico–evaluación, evaluación–diagnóstico, juicio profesional, hipótesis de trabajo, etc.
- 3) **La experimentación** consiste en someter la hipótesis a una verificación. Un hecho no tiene sentido sino por una idea, pero una idea no tiene valor sin la verificación. En Trabajo Social se comienza por elaborar y aplicar un plan de acción o de tratamiento; a continuación viene la evaluación de los resultados obtenidos y de los métodos utilizados. La elección de las técnicas de acción se hace en función del objetivo perseguido y del modelo elegido.

Todo sistema de tratamiento utiliza, en efecto, un método, se apoya sobre una teoría, una base experimental, un sistema de valores. El enfoque o modelo, describe lo que el trabajador social hace, es decir, la manera en que recoge los

⁸⁹ Ibid. p 39.



datos, elabora una hipótesis, elige los objetivos, estrategias y técnicas que conviene a los problemas encontrados.

El trabajador social continúa de este modo aprendiendo a distinguir entre los conceptos que tiene con valores y aquellos que tienen que ver con técnicas, a separar las opciones ligadas a valores de opciones ligados a una teoría científica. Estudio social, hipótesis, tratamiento, evaluación de los resultados, contribuyen a formar un marco de referencia específico. El trabajador social reconocerá similitudes y diferencias entre las teorías que conciernen a cada uno de estos puntos. Verá la utilización que puede hacer de ellas en su práctica cotidiana y elegirá con conocimiento de causa.

Camacho Lizbeth

“El modelo de intervención individualizada es un proceso que plantea pasos, objetivos y particularidades en la interacción de un individuo o un grupo primario con un profesionista de la acción social, frente a un hecho o evento que presenta cierta disfuncionalidad y que requiere de cambio para lograr un estado de bienestar para el individuo, su familia y grupo”⁹⁰.

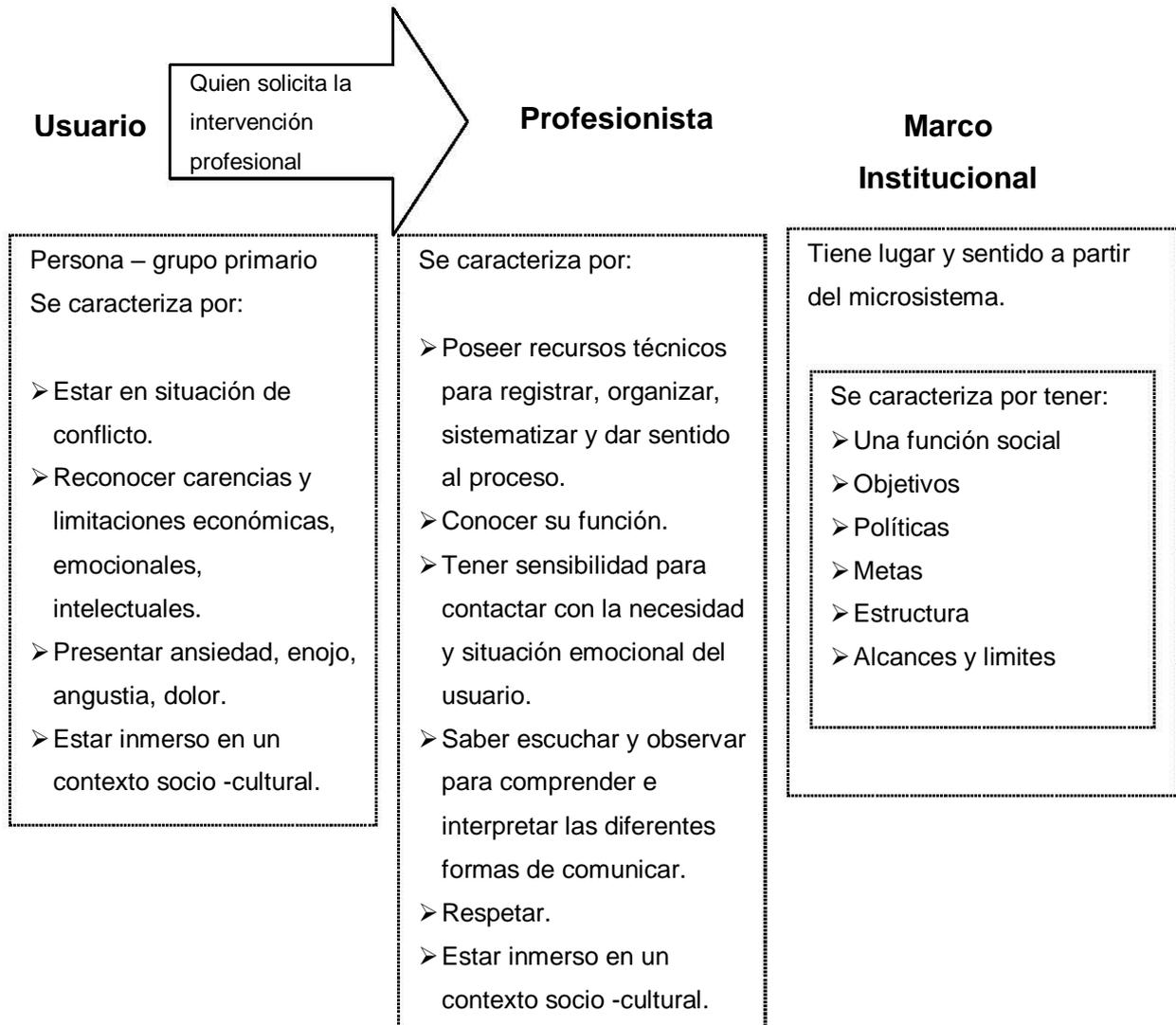
“El proceso de intervención proyecta el trabajo hacia el cambio, primero en la persona o integrantes del grupo primario usuario, y posteriormente con modificaciones en entornos inmediatos”⁹¹.

⁹⁰ Lizbeth, Camacho González, et.al. “Modelos de intervención individualizada Guía para su construcción”, Laboratorio de micro enseñanzas para la construcción de modelos de intervención profesional de trabajo social. Cd. Universitaria D.F., Agosto de 1998, p. 18.

⁹¹ Idem, p. 21.



PARTICIPANTES EN EL MODELO DE INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADA⁹²



La forma en que se interviene con los individuos se puede presentar de dos formas o niveles de intervención:

El método

Todo método aplicado a lo social, se constituye a partir de un esquema básico y dinámico, que ha de tener como característica principal, la flexibilidad que tienda a su adaptación a las circunstancias particulares del hecho en que se

⁹² Idem, p.



emplea, como también ofrece la posibilidad de incorporar cambios y elementos que respondan a la movilidad inherente a todo acontecimiento humano.

1) Fase de investigación

Momento dedicado a explorar, a obtener datos que requieren de ser registrados y leídos desde diferentes perspectivas. Momento de acudir a la interdisciplina, de seleccionar, diseñar y aplicar cuidadosamente técnicas e instrumentos.

La investigación como tal, es una acción que acompaña a lo largo de todo proceso y participación profesional. Acción que se inicia desde el primer contacto entre el usuario y el profesionalista y por lo mismo, momento de inicio de la investigación.

Lo que se investiga del usuario que solicita la investigación:

- Datos generales: nombre, edad sexo, escolaridad, ocupación estado civil, religión, lugar de nacimiento y lugar de residencia.
- Estructura familiar: familia actual, familia de origen, con quienes vive (se sugiere elaborar un familiograma).
- Estado físico y mental (consultar algunos apartados como los relacionados con ansiedad, duelo, adicciones, stress, entre otros, en los manuales DSM-IV y CIE 10, textos en los que se describen los parámetros y criterios internacionales para conocer e identificar expresiones y síntomas de la salud mental).
- Del motivo de solicitud del servicio. Antecedentes:
Inicio- evento disparador o desencadenante.
Intentos previos a su resolución y efectos que han tenido.
En este aspecto es de primordial necesidad, identificar si el motivo que se expresa = **motivo manifiesto**, coincide con el motivo real e inminente. En la mayoría de los casos, el motivo manifiesto oculta una o varias causas = **motivo latente**, que podría ser la verdadera razón para solicitar ayuda.
- Percepción de la situación de conflicto



¿Hay claridad, conciencia, reconocimiento por parte del usuario?

¿Cómo lo percibe él o ella?

¿Qué riesgos y emergencias identifica?

- Motivación al cambio

¿El usuario quiere el cambio?

De la naturaleza del problema:

- Duración

a) Emergencia: situación crítica en la que hay lesión de cualquier tipo o pérdida que afecta al usuario o a una persona cercana a él. Hay saturación de información y hechos ante los que hay que dar pronta respuesta. Por ejemplo: un accidente, un hecho de violencia física, la muerte de una persona cercana al usuario, etc.

b) Transitoria: situación conflictiva que requiere de la dedicación y motivación consistente hacia el cambio, a fin de lograr modificaciones estructurales y dinámicas que posibiliten una mayor funcionalidad al individuo y su grupo cercano. Por ejemplo: pérdida del empleo, proceso de adopción, proceso de divorcio, eventos generados por momentos del ciclo vital de la familia – embarazo, crianza, adolescencia, adaptación a secuela de enfermedad o accidente.

c) Crónico: problema generado a partir de procesos disfuncionales en que se ha permanecido por largos períodos y que a su vez es causa de afectación en otras áreas del individuo; o bien circunstancias impuestas por factores de salud degenerativos en el usuario o un miembro de su contexto inmediato. Por ejemplo: alcoholismo, discapacidad física o mental, enfermedad física o mental.

- Factores causantes: externos o ajenos al usuario ¿Cuáles?

Internos o inherentes al usuario ¿Cuáles?

- Factores que han sido impactados: la situación que se ha extendido.

La situación ha afectado a terceros.



De recursos disponibles:

- Identificar recursos emocionales, funcionales para enfrentar el problema y cambios que se generen.
- Identificar recursos humanos para la intervención.
Miembros de la familia en estructura y dinámica de relación que resulten facilitadores.
Miembros cercanos del círculo laboral o escolar, social, cultural, recreativo, religioso que resulten facilitadores.
Profesionistas de instituciones a las que se puede acceder.
- Identificar recursos económicos.
- Identificar condiciones que aseguren el acceso a los servicios de atención.

Técnicas e Instrumentos:

Para obtener la información antes mencionada se requiere de técnicas e instrumentos de los cuales se encuentran un sinnúmero de alternativas; sin embargo los criterios básicos para su selección, diseño y aplicación son:

- Tener claro el objetivo para el que serán utilizados.
- Es recomendable que para cada tipo de servicio y problemática particular en la que se interviene, se diseñe el instrumento de manera intencional.
- Ningún instrumento puede considerarse único y acabado, los hechos sociales implican una movilidad constante, de ahí que las técnicas e instrumentos han de revisarse periódicamente a fin de verificar su funcionalidad.
- En su estructura y formato, los instrumentos han de facilitar un registro claro y preciso con la formación sustancial.
- Las diferentes técnicas e instrumentos a emplear en un proceso, serán complementarias entre sí, a fin de evitar duplicidades.
- El profesionalista tendrá una actitud de respeto, apertura, escucha, contención emocional, soporte en el contacto con la realidad frente a



riesgos, consecuencias, dificultades, límites y alcances de la interpretación.

Entre los recursos se tienen:

- a) **Revisión de expedientes** e información integrada con anterioridad.
- b) **Sesiones de intercambio** con otros profesionistas participantes en la intervención.
- c) **Visita domiciliaria** cuya finalidad prioritaria será la observación y comunicación directa con los involucrados. Identificar los espacios de organización familiar, lugares destinados al descanso, a las comidas, a la recreación, a la intimidad. Reconocer las identidades plasmadas de cada uno de los que ahí viven.
- d) **Entrevista** esta técnica permite establecer el contacto persona a persona, de primer contacto, con el usuario que solicita la intervención, permitiendo lograr un diagnóstico integral y acertado, corroborando la pertinencia y prioridades del plan de intervención. Valorar periódicamente las necesidades, estados, logros en forma conjunta con los usuarios y el equipo interdisciplinario, manteniendo una comunicación directa de inicio a fin en el proceso de trabajo con individuos y su familia. La entrevista se considera el recurso por excelencia para acompañar todo el proceso de intervención.

2) Fase de diagnóstico

Se considera a la práctica social como una actividad transformadora que responde a las necesidades concretas, por lo tanto se hace indispensable definir con precisión y claridad dichas necesidades.

Ésta es una de las finalidades del diagnóstico que es posible en la medida en que se describe, se explican y se anticipan fenómenos. El diagnóstico tiene por objeto señalar los elementos fundamentales y suficientes para sustentar el plan de trabajo. Un diagnóstico no es definitivo, es un proceso de constante enriquecimiento y modificación.



El diagnóstico ha de aportar:

- Una correcta y precisa formulación del problema.
- La ubicación en el contexto en que tiene lugar el problema.
- El análisis de factores causantes del problema, en relación circular con el impacto y la causa directa y en otras áreas.
- La previsión de alteraciones, riesgos y evolución en el proceso hacia el cambio.
- El señalamiento de recursos humanos, materiales, emocionales, económicos que intervendrán en el proceso.

Como análisis integral que efectúa el profesionalista, en el diagnóstico se requiere de incorporar toda la información obtenida en el momento de la investigación y aplicar los referentes teóricos que sustenten esta parte del conocimiento y comprensión de la realidad del usuario.

Un diagnóstico integral considera la información:

- **Socioeconómica:** ingresos, egresos, miembros que aportan recursos, condiciones materiales de vivienda, condiciones generales de salud y escolaridad.
- **Familiar:** momento del ciclo vital, estructura o tipo de familia, mitos, secretos, rituales, dinámica en las relaciones personales entre sus miembros.
- **Psicosocial:** (relaciones con medios y actividades religiosas, deportivas, sociales, artísticas, recreación...).

El diagnóstico es una recreación que el profesionalista hace con su visión, lee desde su historia y mapa personal; pero también, con la integración de su equipaje teórico y técnico. Algunos autores sugieren cerrar el diagnóstico con el planteamiento de la hipótesis y la aproximación de un pronóstico.

3) Plan de intervención

En general un plan es una idea de que significa anticipar, prever qué se va a hacer, cómo se quiere hacerlo, con qué se va a hacer, de qué manera debe



quedar, qué se necesita para hacerlo; pero también significa crear las condiciones para asegurar que lo que se hace tendrá éxito.

Pero dentro de la intervención el plan se concibe como un instrumento escrito que refleja de manera concreta y cuidadosa lo que se piensa hacer, lo que se lleva al cabo y lo que permite valorar la forma en que se realiza.

Plan de intervención individual

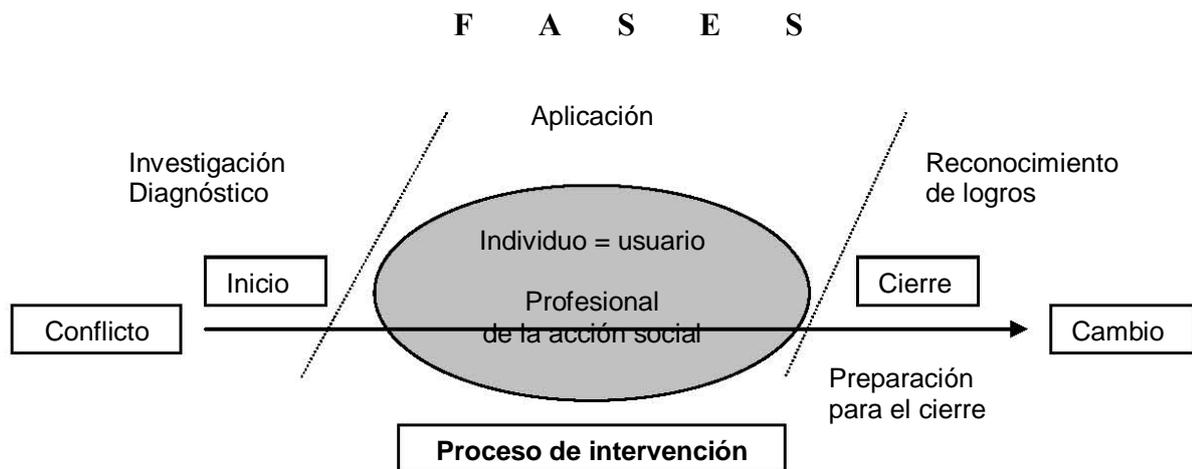
Un plan de intervención de la acción social es un instrumento técnico y psicosocial diseñado para obtener e integrar los elementos básicos del problema y poner en marcha las estrategias óptimas que tiendan a organizar, y desarrollar la intervención.

Un plan de esta naturaleza tiene dos propósitos principales: dar estructura a los elementos básicos y dar dimensión, de tal forma que pueda proyectarlos hacia la acción de intervención, dentro de una orden y secuencias únicas, cualidades dadas por el sentido y esencia de las necesidades detectadas y que son parte de la realidad, así como del enfoque de intervención que le caracteriza.

La estructura de los elementos y su integración forman parte del sistema en el que se investiga y diagnostica al sujeto y su entorno, ambos son aspectos que reconstruyen, recuperan y privilegian su historia personal antes, durante y después de la intervención.

Inicio y término de un plan de intervención individualizada (bajo la propuesta de Lizbeth Camacho)

En la mayoría de los casos y por asignación de responsabilidades, toca al profesional de la acción social tener el primer contacto o acercamiento con el usuario, que es cuando explora la problemática e inicia un proceso bajo la directriz con cierto rigor técnico – científico proporcionada por un método cuya base le dará los elementos para construir su propio plan de intervención.



Entonces hay que hacer mención que un plan es el resultado de un proceso de anticipación y previsión hacia el futuro, cuyo punto de partida es un cuestionamiento de la realidad a la cual se accede mediante la investigación o diagnóstico, posteriormente, con los resultados de éste, se puede estar en condiciones de plantear objetivos y metas; estructurar estrategias y acciones a realizar, prever los recursos necesarios y anticipar el seguimiento y evaluación de lo que se hace.

4) Desarrollo de la intervención

Esta es la fase en la que se opera el plan, previamente determinado entre el usuario, trabajador social y profesionistas de otras disciplinas. Es el período en que se ejecutan las acciones encaminadas hacia el cambio. Ello genera una serie de responsabilidades y funciones diferenciadas.

En el usuario:

Este debe tener una participación dentro de la intervención para lo cual es necesario que: asuma el compromiso establecido al elegir las alternativas para su cambio, asista a las instituciones u otras instancias con las que se acuerde el servicio durante la intervención, comunique al profesionista sobre dediciones que alteren el plan de intervención, así como las dificultades que identifique y le representen nuevos problemas, actúe en consecuencia de los cambios que se van generando, comunique y convoque, en la medida de lo posible, la



participación de personas de su contexto vinculadas al conflicto y asuma su participación en la adquisición de nuevas destrezas, recursos, habilidades; a fin de lograr la autogestión.

En el profesionalista:

Este interviene de la siguiente manera: asesora, guía y orienta frente a logros, resistencias al cambio, riesgos. Lleva el seguimiento y reorienta el plan en caso de requerirse, mantiene comunicación entre el equipo de profesionalistas, genera y motiva a la participación de los diferentes miembros de la familia y del contexto cercano al usuario, acude a supervisión con equipo de colegas o con especialistas a fin de retroalimentar el procedimiento, estrategias y resultados de su intervención y promueve la toma de conciencia para encauzar la autogestión por parte del usuario.

5) Fase de cierre de la intervención

Todo proceso que inicia tiene un término, en caso de la intervención individualizada, la relación y comunicación que se establece entre profesionalistas y usuario puede caracterizarse con cierta intensidad debido a que ambos participaron en un proceso encaminado a la resolución de una circunstancia conflictiva con la vivencia de retos, dolores y logros.

Así como en el inicio pudieron surgir ciertas resistencias y desconfianza, al final de la intervención puede expresarse:

- Cierta dependencia hacia el profesionalista.
- Miedos o angustia de tener que asumir la propia responsabilidad y continuar el proceso con sus propios recursos.
- Resistencia a los nuevos ajustes surgidos después de la intervención.
- Agradecimiento y admiración hacia el profesionalista y el contexto institucional.

De ahí que es importante preparar al usuario al momento de la separación emocional y física.



Rosalba Tenorio y Cristina Mendoza⁹³

Presentan una propuesta de intervención para trabajo social individualizado, el cual no constituye de ninguna manera un modelo, pero puede ser una aproximación al mismo; esto es, en la medida que continúen aportando elementos teórico – prácticos que integren un todo coherente y fundamentado.

Propuesta de intervención para el trabajo social individualizado

Los marcos teóricos en que se puede basar la intervención del trabajador social son la teoría general de sistemas y la teoría de la comunicación (teorías que ya han sido expuestas en capítulos anteriores).

Metodología

Los pasos a seguir por parte del trabajador social en la intervención individualizada que se propone son: investigación, hipótesis, intervención y seguimiento.

Investigación

En cuanto a la investigación, a nivel de sistema usuario, ésta se hace desde el ámbito psicosocial, o sea, de aquellos subsistemas con los cuales interactúa el individuo y que le sirven para cubrir sus necesidades y son las siguientes: familia, género, economía, salud, educación, recreación, vivienda y sexualidad.

La intervención en la áreas psicosociales, son específicas del trabajador social, por lo que se considera necesario desglosar los contenidos de las mismas.

⁹³ Tenorio, Hernández y Mendoza. *Aportes teóricos desde la perspectiva psicosocial para la intervención del trabajador social psiquiátrico*. Mimeo, 1993.



| | |
|-------------------|---|
| Familia | Comunicación, jerarquía, roles, límites, manifestación de afectos, ciclo vital. |
| Economía | Clase social, movilidad social, migración, problemas sociales. |
| Género | Roles determinados, normas dominantes, expectativas sociales |
| Salud | Alimentación, prevención de enfermedades, percepción de la salud enfermedad, uso de instituciones para la salud |
| Educación | Nivel de instrucción formal, capacitación, educación para la vida |
| Recreación | Arte, cultura y deportes |
| Sexualidad | Reproducción, expectativas de rol, disfunciones Vínculos |
| Vivienda | Hacinamiento, promiscuidad, distribución, problemas legales |

Es un hecho que la investigación que realiza el trabajador social a nivel individual, se orienta a la objeción de aquellos datos que son significativos para la comprensión y solución de la problemática a la que se enfrenta.

Si bien es cierto que los datos son la base que mueve la investigación del trabajador social de casos, también lo es su obtención requiere de algunos pasos previos que se deben tener en cuenta:

1. Antes de efectuar la primera entrevista, el trabajador social debe saber si el caso que se le presenta corresponde a una situación de crisis o bien a un problema crónico. En base a esta distinción inicial, el trabajador social estará en condiciones de enfocar el caso de manera adecuada y, junto con ello, en mejores posibilidades para dirigir y controlar la información que necesita.
2. Una vez ubicada la información, el trabajador social debe saber utilizar los datos previos, pues estos constituyen elementos significativos, para



estructurar las interrogantes pertinentes de la primera entrevista. Es necesario recuperar algunos datos como los siguientes:

- a. Los datos de remisión, es decir, quién ha remitido el caso o de quién fue la idea de solicitar el servicio.
 - b. Los datos del problema, es decir, cuando aparecieron las dificultades, quién o quiénes están involucrados en él, y qué intentos se han hecho para solucionarlo.
3. Una vez que se ha recopilado la información, se debe hacer un familiograma, para luego a partir de ahí, elaborar una hipótesis inicial que servirá de guía para plantear correctamente las interrogantes que se formula en la primera entrevista.

Los objetivos centrales de la investigación son: obtener información significativa sobre el sistema, introducir información y establecer una relación sólida, con el sistema ya sea el individuo o familia.

Hipótesis

La problemática a la que se enfrenta el trabajador social de casos, exige como primer paso la formulación de una hipótesis. Esta constituye el punto de partida para la investigación y es, por eso mismo, el marco adecuado para recoger y organizar la información.

El trabajador social, una vez que tiene la información significativa de lo que acontece al usuario, necesita establecer la causa o causas, desde el ámbito psicosocial, que han contribuido al problema y uno de esos sistemas básicos es el familiar. La hipótesis se plantea básicamente a partir de la estructura y de la dinámica familiar, ya sea, de la familia actual o bien de la familia de origen.

Intervención

El proceso de la intervención u orientación, tiene como finalidad, identificar los problemas, desarrollar habilidades y buscar nuevas alternativas. La orientación se inicia desde la primera sesión o entrevista y se maneja el siguiente encuadre



de trabajo: una sesión por semana, con duración de 50 a 60 minutos, durante aproximadamente 3 meses. Puede ser individual o bien familiar.

Los contenidos a manejar son los relacionados a la dinámica familiar (comunicación, límites, roles, jerarquía y ciclo vital de la familia). Respecto a los otros subsistemas psicosociales, salud, educación, economía, recreación, etc., una vez investigados se identifica en cual de ellos se presenta cierta problemática y se aborda ésta, mediante las técnicas adecuadas para lograr cambios.

Seguimiento

Por último, la etapa de seguimiento, o sea, una vez que se ha concluido la orientación psicosocial, ayuda a consolidar los cambios que se hayan presentado durante la solución del problema y a su vez permite verificar que dicha solución fue permanente o no así como detectar que técnicas fueron eficaces y cuales no cumplieron con las expectativas puestas en ellas.



CAPITULO VII

PROCESO METODOLÓGICO



VII. I EXPOSICIÓN DEL PROCESO METODOLÓGICO

En el presente trabajo se pretende abordar aspectos relacionados con el desarrollo evolutivo del adolescente aunado a circunstancias conflictivas, como lo es un proceso de pérdida, muerte y duelo no resueltos, tomando en cuenta sus posibles implicaciones, para poder determinar estrategias que permitan a dicha población en estas circunstancias tener una calidad de vida mejor, para lo cual la Tanatología y la familia son las principales áreas de apoyo. De aquí la importancia de confeccionar una Guía para Trabajo Social en la detección, diagnóstico y tratamiento de casos de adolescentes que se encuentran frente a procesos de pérdida, muerte y duelo no resueltos.

Planteamiento del problema

La adolescencia como la etapa en donde se define la identidad biológica, afectiva, psicológica, social y espiritual del adolescente, requiere que éste, obtenga las herramientas para poder enfrentar procesos de pérdida, muerte y duelo, de lo contrario dichos procesos pueden repercutir negativamente en su desarrollo biopsicosocial- espiritual y conllevar al adolescente a una crisis. Esto sin lugar a dudas requiere de una intervención profesional con tintes tanatológicos que puede brindar el trabajador social mediante la confección de instrumentos de detección y diagnóstico de casos en la población adolescente en procesos de pérdida, muerte y duelo.

Objetivo general

Presentar una propuesta de guía de detección, diagnóstico y tratamiento para trabajadores sociales para los casos de adolescentes que se encuentran ante procesos de pérdida, muerte y duelo no resueltos.

Objetivos específicos

1. Identificar los indicadores sociales que intervienen en procesos de pérdida, muerte y duelo no resueltos.
2. Dar a conocer los efectos que causan los procesos de pérdida, muerte y duelo en el desarrollo biopsicosocial del adolescente.



3. Identificar los síntomas de crisis ante los procesos de pérdida, muerte y duelo para intervenir tanatológicamente con el adolescente.
4. Proponer un perfil y una conceptualización de trabajo social tanatológico.



METODOLOGÍA

| FUNCIÓN | OBJETIVO | ACTIVIDADES |
|--|--|---|
| <p>Investigación Documental</p> <p>Elaboración del Marco Teórico</p> | <p>Recabar información para poder conocer e interpretar los indicadores más importantes de las áreas de estudio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adolescencia ▪ Tanatología <p>(procesos de pérdida, muerte y duelo)</p> <p>Retomar las teorías que se pueden adaptar al trabajo tanatológico</p> <p>Diseñar una propuesta ecléctica de trabajo social de casos</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión Bibliográfica ▪ Revisión estadística ▪ Revisión y análisis de las teorías que pudieran tratar el área de la Tanatología. ▪ Revisar los modelos de trabajo social de casos |
| <p>Elaboración de la guía de detección y diagnóstico de casos</p> | <p>Realizar una propuesta de guía de detección, diagnóstico y tratamiento de casos de adolescentes ante procesos de pérdida, muerte y duelo no resueltos.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión y análisis de los instrumentos a considerar para la realización de la guía: ▪ DSM IV ▪ Eje IV del DSM IV ▪ Instrumento de la margarita ▪ Diseño de la guía a partir de la propuesta ecléctica de Trabajo Social de casos |
| <p>Selección de los casos</p> | <p>Determinar las características de los casos para la ejecución de la guía.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer criterios de inclusión y exclusión para la selección de los casos. |
| <p>Aplicación de la guía</p> | <p>Obtener los resultados de la aplicación de la guía para que pueda realizarse un análisis de los mismos.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ La interpretación de los datos obtenidos de dicha aplicación. |
| <p>Elaboración de propuestas</p> | <p>Proponer alternativas que permitan al Trabajador Social intervenir en áreas poco explotadas por la profesión como lo es la Tanatología, así como realizar propuestas de intervención con la población adolescente.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Detección de los indicadores más importantes en la investigación. ▪ Jerarquización de dichos indicadores para poder dar alternativas más reales. ▪ Propuesta del perfil del trabajo social tanatológico. ▪ Propuesta de conceptualización de trabajo social en Tanatología |



La metodología se realizó partiendo de una investigación documental, cuyo objetivo fue recabar la información necesaria para poder conocer e interpretar los indicadores más importantes de las áreas de estudio:

- Adolescencia
- Familia
- Tanatología (conceptos principales: pérdidas, muerte y duelo)

Así como también la revisión bibliográfica de las teorías que pudieran adaptarse al área tanatológica, de esta manera se seleccionó una serie de autores que si bien no se han retomado en dicha área, pueden ser contemplados para su abordaje.

Posteriormente como parte del marco teórico se revisaron los modelos de intervención en trabajo social de casos, para realizar una selección y proponer los elementos que formaron la guía ecléctica tanatológica.

Con lo anterior y siendo el objetivo se realizó la propuesta de Guía Ecléctica Tanatológica para Trabajadores Sociales (GETTS), en la detección, diagnóstico y tratamiento de casos de adolescentes ante procesos de pérdidas, muerte y duelo no resueltos. Las actividades que se realizaron fueron la revisión y análisis de los siguientes instrumentos para la realización de la guía:

- Diagnóstico de Trastornos Mentales DSM IV,
- El eje IV del DSM IV
- Instrumento de la margarita.

La guía funciona de manera integral con los tres instrumentos mencionados, es decir, los resultados de la GETTS requieren de la interpretación del Eje IV del DSM IV y del instrumento de la margarita. El primero es necesario ya que de éste se retoma la primera categoría: problemas relativos a la familia (rubro donde se encuentran los procesos de pérdida, muerte y duelo) además de otros nueve rubros, siendo en total diez los que conforman el Eje IV, el



instrumento de la margarita por su parte permite hacer un esquema del nivel de afectación de esos diez rubros.

Una vez diseñada la GETTS y antes de ser aplicada ésta se registró bajo Derechos de Autor, ya que esta iba a ser entregada en varias instituciones para solicitar el apoyo para ser aplicarla.

Se continuó con la sección de los casos, estos fueron seleccionados de manera arbitraria debido a las restricciones institucionales que se presentaron en el momento de solicitar el permiso para poder aplicar la guía, ya que después de haber solicitado el apoyo en instituciones como fue el Hospital de Enfermedades Respiratorias INER, Cancerología y Nutrición, y al ser negado éste, por cuestiones de tipo administrativo en el área de Dirección de Enseñanza Educativa, la tardanza en la resolución de la aceptación del proyecto, así como el no cumplimiento del perfil de la población, se optó por elegir un caso que no estuviera ligado a alguna institución, fue así como se obtuvo el primer caso, siendo el segundo caso, el que se obtuvo en el Centro Comunitario de la Clínica San Rafael.

El diseño de la GETTS se hizo a partir de la propuesta ecléctica de Trabajo Social de Casos, para lo cual se realizó el siguiente proceso:

- Investigación
- Diagnóstico
- Intervención
- Seguimiento

La guía esta integrada por siete rubros los cuales están contemplados como los principales indicadores que permiten tener los datos necesarios para llevar a cabo la detección, diagnóstico y tratamiento del caso en estudio. Los rubros son: datos personales, datos familiares, familiograma, conflicto o problema, observaciones, diagnóstico y tratamiento.



Por cuestiones de conveniencia y cuya finalidad del instrumento simplemente se realizó la aplicación de la GETTS, dando un diagnóstico y posible tratamiento en los casos expuestos, en el presente trabajo queda abierta la posibilidad de que esta pueda ser mejorada y de ser el caso perfeccionada para mejores y posteriores aplicaciones.

Por último se realizó la elaboración de las propuestas, cuyo objetivo principal es el proponer alternativas que permitan al trabajador social intervenir en áreas poco explotadas por la profesión como lo es la Tanatología, así como realizar propuestas de intervención con la población adolescente. Las actividades para dicho objetivo fueron: detección de los indicadores más importantes en la investigación y la jerarquización de dichos indicadores para poder dar alternativas de intervención más reales, en función de las áreas de interés: adolescencia, Tanatología y Trabajo Social, además de proponer un perfil y una conceptualización de Trabajo Social tanatológico.



CAPITULO VIII

INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL CON ADOLESCENTES EN PROCESO DE DUELO: EXPOSICIÓN DE RESULTADOS DE LA GETTS



VIII. I GUÍA ECLÉCTICA TANATOLÓGICA PARA TRABAJADORES SOCIALES GETTS, EN LA DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CASOS EN PROCESOS DE PÉRDIDA, MUERTE Y DUELO NO RESUELTOS

Para elaborar la guía para la detección de casos se retomará lo anterior como base de la GETTS, así como también el DSM IV, en este manual cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. Ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de la libertad. Donde cualquiera que sea la causa ésta debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica.

Es en este sentido que la guía debe considerar ambos aspectos de una afectación, es decir, la pérdida de un familiar o amigo para el adolescente traerá consecuencias a nivel psicológico que pueden manifestarse también a nivel físico, es por ello que se retoma aquí el *Diagnóstico Psicosocial* del Eje IV del DSM IV*, el cual manifiesta que un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona.

* El eje IV del DSM, tuvo modificaciones, las cuales no se pudieron contemplar en el uso de la GETTS, ya que estas fueron realizadas tiempo posterior a la aplicación de la guía, queda abierta la posibilidad de su uso junto a la GETTS para posteriores aplicaciones. El instrumento se incluirá en los anexos.



DIAGNÓSTICO PSICOSOCIAL UBICADO EN EL EJE IV DEL DSM IV

Derechos reservados HPI. Lic. Volkers Gaussman junto con la colaboración del equipo de T.S.(1997). Cambios efectuados por Lic. López Olmedo (1998) (2000)

A. PROBLEMAS RELATIVOS A LA FAMILIA

| | | |
|-----|---|--|
| 1. | Duelo por extravío, separación, muerte o ausencia de un ser querido | |
| 2. | Antecedentes heredofamiliares (enfermedad congénito o adquirida) | |
| 3. | Problemas por separación, divorcio o abandono de la pareja | |
| 4. | Cambio de composición familiar por nacimiento o llegada de algún miembro de la familia | |
| 5. | Existencia de roles disfuncionales (idiosincráticos, periféricos, otros) | |
| 6. | Interferencia de las familias de origen | |
| 7. | Maltrato infantil por: (abandono físico o emocional: por agresiones físicas, verbales o psicológicas) | |
| 8. | Violencia familiar (conyugal, parental, fraternal, intergeneracional o compuesta) | |
| 9. | Problemas por adulterio, amasiato, relaciones fortuitas, concubinato, incesto, bigamia, otro. | |
| 10. | Abuso sexual y/o violación (incesto, celotipia, acoso, estupro, seducción o promiscuidad. | |
| 11. | Padecimiento crónico o crónico degenerativo (postraumático, congénito o hereditario) | |
| 12. | Problemas por mecanismos atoradores (excesivo sentimiento de culpa, enojo, miedo, otro) | |

Grave 1-12

Moderado 13-24

Leve 25-36

B. PROBLEMAS RELATIVOS AL AMBIENTE SOCIAL

| | | |
|----|---|--|
| 1. | Rechazo hacia el paciente o hacia la familia | |
| 2. | Desadaptación cultural (indigencia) | |
| 3. | Conflictos con niños de la calle (grupo primario) | |
| 4. | Interferencia de asociaciones delictuosas (bandas, mafias, sectas, narcotráfico, otro) | |
| 5. | Fanatismo religiosos (ideas mágicas, satanismo, otro) | |
| 6. | Insalubridad Pública (falta de servicios públicos, ignorancia, otro) | |
| 7. | Conflictos con vecinos (interferencia, violencia, hostigamiento sexual, abuso sexual, acoso, violación) | |

Grave 1-7

Moderado 8-14

Leve 15-21

C. PROBLEMAS RELATIVOS A LA ENSEÑANZA (EDUCACIÓN FORMAL)

| | | |
|----|---|--|
| 1. | Bajo rendimiento escolar por: reprobación, distractibilidad, ausencias escolares, otro | |
| 2. | Problemas de conducta como : fugas escolares, agresividad, ausentismo, retraimiento, otro | |
| 3. | Límites y normas escolares inadecuados | |
| 4. | Discriminación (abuso de autoridad, incapacidad del personal escolar, ignorancia, otro) | |
| 5. | Problemas debido a que el grado escolar no corresponde al nivel. | |

Grave 1-15

Moderado 6-11

Leve 12-15

D. PROBLEMAS LABORALES

| | | |
|----|--|--|
| 1. | Desempleo o subempleo (renuncia, despido, jubilación, pensión, quiebra, discapac. Indemi | |
| 2. | Trabajo estresante (por violencia laboral, alto riesgo, distancia, cargo, puesto, otro) | |
| 3. | Trabajo clandestino (comercio ambulante, maquiladora doméstica, otro.) | |

Grave 1-4

Moderado 5-8

Leve 9-12

E. PROBLEMAS DE VIVIENDA

| | | |
|----|--|--|
| 1. | Sin casa habitación (cueva, terreno, zona federal, otro) | |
| 2. | Vivienda o vecindad insalubre | |
| 3. | Inmueble ubicado en zona marginada | |
| 4. | Casa habitación en hacinamiento (sin promiscuidad, con promiscuidad) | |
| 5. | Problemas por tenencia de la propiedad (intestada, hipotecada, otro) | |
| 6. | Uso inadecuado de la vivienda (casa escuela, casa prostíbulo, otro) | |
| 7. | Espacio vital deficiente para gastos prioritarios como alimento, vestido y vivienda, transporte, otro. | |

Grave 1-7

Moderado 8-15

Leve 16-21



F. PROBLEMAS ECONÓMICOS

| | | |
|----|---|--|
| 1. | Pobreza extrema (no hay ingresos ni para la alimentación) | |
| 2. | Por desempleo o salario deficiente | |
| 3. | Actitud periférica o evasiva del proveedor económico | |
| 4. | Ayudas socioeconómicas insuficientes (pensiones, indemnizaciones o alimentarias) | |
| 5. | Ingreso deficiente para gastos prioritarios como alimento, vestido y vivienda, transporte, otro | |

Grave 1-5

Moderado 6-10

Leve 11-15

G. PROBLEMAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA SANITARIA

| | | |
|----|--|--|
| 1. | Servicios médicos inadecuados o insuficientes (carencia de infraestructura y servicios) | |
| 2. | Diagnóstico erróneo (mal manejo del expediente, desconocimiento del problema, otro) | |
| 3. | Tratamiento médico penalizado (negligencia, iatrogenia) | |
| 4. | Desconocimiento del padecimiento y/o servicios institucionales | |
| 5. | Falta de recursos económicos, humanos, infraestructura y científicos para la atención del paciente | |

Grave 1-5

Moderado 6-10

Leve 11-15

H. PROBLEMAS RELATIVOS A LA INTERACCIÓN CON EL SISTEMA LEGAL O EL CRIMEN

| | | |
|-----|--|--|
| 1. | Inclusión en una asociación delictuosa | |
| 2. | Detención por infracción (robo, evasión de impuestos, fraude, infracción vial, otro) | |
| 3. | Reclusión en centros de readaptación o penitenciarios (motivo: | |
| 4. | Libertad condicionada (Bajo fianza, sin fianza) | |
| 5. | Denuncia por violencia familiar, violación, homicidio, secuestro, robo, asalto, otro. | |
| 6. | Desconocimiento del proceso legal y sus derechos | |
| 7. | Demanda de divorcio (abandono, violencia, incumplimiento legal y/o civil, otro) | |
| 8. | Indefinición de la patria potestad, custodia, tutela, adopción, divorcio, bienes, otro. | |
| 9. | Incumplimiento de las determinaciones legales | |
| 10. | Demanda a servidores públicos (negligencia, abuso de la autoridad, soborno, despido injus. otro) | |

Grave 1-10

Moderado 11-20

Leve 21-30

I. PROBLEMAS PSICOSOCIALES

| | | |
|----|---|--|
| 1. | Consecuencias Psicológicas por desastres naturales (pérdidas humanas, materiales, otro) | |
| 2. | Enfrentamiento a hostilidades públicas (robo, asalto, secuestro, violación, homicidio, otro) | |
| 3. | Involucración en enfrentamientos nacionales e internacionales (guerras, guerrillas, invasiones) | |

Grave 1-3

Moderado 4-6

Leve 7-9

J. OTROS ASPECTOS NO CONTEMPLADOS EN LOS ANTERIORES RUBROS

| | | |
|----|--|--|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |

Grave 1-4

Moderado 5-8

Leve 9-12



Para poder entender la manera en que se utiliza el instrumento del eje IV se explica la fórmula:

NNRM X CANTIDAD

NRM

NNRM = Nivel de Número de Reactivos Marcados

Cantidad= Al número total de reactivos

NRM= Número de Reactivos Marcados

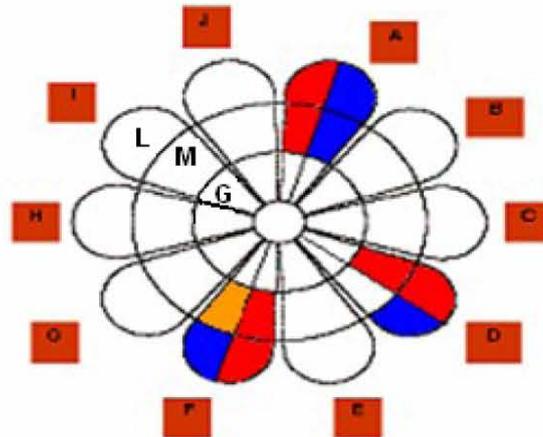
Otra técnica a utilizar para la realización de la guía de detección de casos es el diagrama de la Margarita retomado de Eduardo José Cárdenas⁹⁴, mediador familiar, quien lo utilizó como un sistema para tomar entrevistas, este fue modificado y adecuado para la intervención en salud mental, el diagrama se conforma entonces de ocho pétalos donde cada pétalo representa una de las categorías que conforman el diagnóstico psicosocial del Eje IV. Se integra además de tres circunferencias las cuales de afuera hacia dentro representan la intensidad del problema donde:

- **L** = Leve (equivale a 3)
- **M** = Moderado (equivale a 2)
- **G** = Grave (equivale a 1)

Dicho diagrama puede ser utilizado de dos maneras: de intervención y de comparación. En este caso será de comparación (entre lo observado por el profesional y lo expresado por el paciente). Dicha comparación en el diagrama se marcará utilizando colores:

-  Lo observado por quien aplica el instrumento
-  Lo que el paciente dice
-  Lo que se ha avanzado a través de la intervención

⁹⁴ Cárdenas, Eduardo José, *El cliente negocia y el abogado lo asesora; una variante poco usada en los conflictos de familia*, Ed. Lumen, Buenos Aires, México, 2004, p. 69-70.



Para explicar de mejor manera dicho diagrama aunado al diagnóstico social del Eje IV, se realizará un ejemplo:

Si se toma en cuenta que la primera categoría del diagnóstico social del Eje IV: Problemas relativos al grupo primario, esta constituida por 12 reactivos, supongamos que el adolescente presenta los siguientes problemas de los 12 reactivos:

- a. Reactivo No.1: duelo por extravío, separación, muerte o ausencia de un ser querido. Se encontró un nivel grave en el reactivo por el duelo debido a la muerte de la madre.
- b. Reactivo No.5: existencia de roles disfuncionales (idiosincrásicos, periféricos, otros) Con un nivel moderado, debido al autoritarismo de la figura paterna.
- c. Reactivo No.4: cambio o composición familiar por nacimiento o llegada de algún miembro a la familia. Cuyo nivel se encontró leve, a causa del nacimiento de un hermano del adolescente.

Nota: El nivel de gravedad de los reactivos se determina a partir de lo observado en la intervención y queda a consideración del profesional (Trabajador Social, Tanatólogo) el que a su criterio establece el puntaje.



Se realiza la suma de la detección e intensidad* de la categoría marcada:

$$\begin{array}{r}
 \text{No. 1} = 1 \\
 \text{No. 5} = 2 \\
 \text{No. 4} = 3 \\
 \hline
 6 \quad \times 12 \\
 \hline
 3
 \end{array}$$

Para lo cual:

6 = NNRM = Nivel de Numero de Reactivos Marcados

12= CANTIDAD = Cantidad de reactivos de la categoría.

3= NRM = Número de Reactivos marcados

Dando como resultado:

$$\frac{72}{3} = 24$$

Donde 24 equivale a moderado, si se toma en cuenta que la clasificación de los niveles con que se mide la problemática de la categoría: Problemas relativos a la familia o grupo primario es la siguiente.

- Grave 1-12
- Moderado 13-24
- Leve 25-36

Teniendo como base lo anterior, el interés de este trabajo es el de realizar la propuesta de una guía de entrevista para la detección, diagnóstico y tratamiento de casos en proceso de duelo, en este trabajo se contempla el hecho de que dicha guía sea aplicada a un sólo caso, con la finalidad de dejar ilustrada su aplicación, dejando abierta la posibilidad de que pueda ser utilizada y mejorada por los profesionales en Trabajo Social, con formación tanatológica.

* Intensidad de corriente, utilizado en la física como la magnitud fundamental del Sistema Internacional de unidades que representa la carga que circula por unidad de tiempo a través de una sección determinada de un conductor. Concepto adaptado al aspecto psicosocial como el nivel de gravedad de los problemas psicosociales.



La guía de detección, diagnóstico y tratamiento de casos en proceso de duelo, está adecuada al Eje IV del DSM IV, y está confeccionada a partir de las temáticas del presente trabajo y su interpretación no es a partir del puntaje de los reactivos sino a partir de determinados indicadores retomados de los temas que conforman el trabajo.

La guía es una alternativa para la detección, diagnóstico y tratamiento de casos en proceso de duelo, sobre todo para aquellos profesionales en Trabajo Social con una formación tanatológica sin dejar de lado que puede ser utilizada por cualquier profesional interesado en el tema. Sin dejar descartada la posibilidad de que ésta pueda ser mejorada y adaptada según las necesidades del profesional, con lo cual se obtendría un perfeccionamiento de la misma, cuestión que sin duda beneficiaría los resultados y beneficios de dicha guía.

Para su uso se anexa al final de la guía un instructivo el cual es necesario consultar antes de ser aplicada, ya que esta requiere de ciertos conocimientos básicos para su aplicación.

VIII. II EXPOSICIÓN DE RESULTADOS DEL INSTRUMENTO GETTS

Una vez diseñada la GETTS, se procedió a la búsqueda de casos en los cuales pudiera ser aplicada, para conveniencia y finalidad de estudio de la presente tesis las características de los casos que deberían ser objeto de estudio fueron: población adolescente, cuya problemática fuera el paso por procesos de pérdida, muerte y duelo no resueltos.

Los resultados encontrados de la aplicación de la GETTS, en el primer caso el cual es un caso no institucional, fueron los siguientes: en la categoría del eje IV del DSM IV Problemas relativos a la familia, la adolescente presenta lo siguiente:



CASO UNO

**GUÍA ECLÉCTICA TANATOLÓGICA
PARA TRABAJADORES SOCIALES GETTS*
EN LA DETECCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
DE CASOS
EN PROCESOS DE PÉRDIDA, MUERTE Y DUELO**



OBJETIVO: Detectar los casos de adolescentes con alguna problemática bio-psico-social consecuencia de una pérdida, muerte o duelo.

INSTRUCCIONES: Marque con una X las respuestas que se indican.

I. DATOS PERSONALES

| | | | |
|---------------------|------------------|-----------|------------|
| Nombre | Ma. Del Socorro* | Edad | 18 años |
| Escolaridad | Preparatoria | Ocupación | Estudiante |
| Estado civil | Soltera | Religión | Católica |
| Lugar de nacimiento | México D.F. | | |
| Lugar de residencia | México D.F. | | |

II. DATOS FAMILIARES

1. Familia de origen
a) Integrantes de la familia de origen

| DATOS | PADRE | MADRE |
|-----------------------|------------------|--------------------------|
| Nombre | Rodolfo González | Carmen Marín |
| Edad | 45 | 44 |
| Escolaridad | Secundaria | Secundaria |
| Ocupación | Servidor Público | Hogar |
| Estado civil | Viudo | |
| Religión | Católica | Católica |
| Lugar de nacimiento | México D.F. | México D.F. |
| Lugar de residencia | México D.F. | México D.F. |
| Finado (año y causa) | | 1º-08-06 / Paro Cardíaco |

* Registro de Derechos de Autor 03-2006-121911231000-01

* Los nombres del caso fueron modificados a petición de la entrevistada, con el objetivo de respetar su identidad.



| DATOS | HERMANOS | | | | Abortos de la madre | |
|-----------------------|--------------|-------------|--|--|---------------------|-------|
| | | | | | Tipo | Fecha |
| Nombre | Carlos | Emilio | | | Espontáneo | |
| Edad | 19 | 6 | | | | |
| Escolaridad | Licenciatura | 3º Kinder | | | Inducido | |
| Ocupación | Estudiante | Estudiante | | | | |
| Estado civil | Soltero | Soltero | | | | |
| Religión | Católico | católico | | | Causa | |
| Lugar de nacimiento | México D.F. | México D.F. | | | | |
| Lugar de residencia | México D.F. | México D.F. | | | | |
| Finado (año y causa) | | | | | | |

| DATOS | Otros familiares o amigos con quien comparte el hogar | | | | |
|-----------------------|---|--|--|--|--|
| Parentesco | | | | | |
| Nombre | | | | | |
| Edad | | | | | |
| Escolaridad | | | | | |
| Ocupación | | | | | |
| Estado civil | | | | | |
| Religión | | | | | |
| Lugar de nacimiento | | | | | |
| Lugar de residencia | | | | | |
| Finado (año y causa) | | | | | |

b) Unión de los padres (Marque con una X)

| Unión de los Padres | | | | | | |
|---------------------|-------------|-------|-------------------|-------------|------------|----------|
| | Matrimonio | | | Unión libre | Separación | Divorcio |
| | Padre/Madre | Civil | Civil y Religioso | | | |
| 1ª Relación | X | | X | | | |
| 2ª Relación | | | | | | |
| 3ª Relación | | | | | | |

c) Tipo de relación (Marque con una X)

| Relación | Padres | Padres- Hijos | Hermanos | Observaciones |
|-------------|--------|---------------|----------|---------------|
| Positiva | | X | X | |
| Negativa | | | | |
| Ambivalente | X | | | |
| Alianzas | | | | |



d) Ciclo vital de la familia de origen (Según Lauro Estrada Inda) (Marque con una X)

| Fase | | Observaciones |
|-----------------|----------|--|
| Desprendimiento | | La familia se encuentra en la etapa de la Adolescencia, al ser dos de los hijos los que están en dicha edad. |
| El encuentro | | |
| Los hijos | | |
| La adolescencia | X | |
| El reencuentro | | |
| La vejez | | |

e) Como se une o separa la familia de origen (Marque con una X)

| Los miembros se unen | | Los miembros se separan | |
|----------------------|----------|-------------------------|----------|
| Nacimiento | | Separación | |
| Adopción | | Divorcio | |
| Noviazgo | X | Extravío | |
| Matrimonio u otro | | Muerte | X |

d) Sucesos importantes de la familia de origen

| Suceso | Paciente | Familiar o amigo | Causas o padecimiento | Fecha |
|------------------------|----------|------------------|-----------------------|---------|
| Enfermedad física | | Hermano menor | Problemas de lenguaje | 3 años |
| Enfermedad psicológica | | | | |
| Separación o muerte | | Madre | Paro cardiaco | 1-08-06 |

2. Familia actual

a) Integrantes de la familia actual

| DATOS | ESPOSO (a) | HIJOS | Abortos | |
|----------------------|------------|-------|------------|-------|
| | | | Tipo | Fecha |
| Nombre | | | Espontáneo | |
| Edad | | | | |
| Escolaridad | | | | |
| Ocupación | | | Inducido | |
| Estado civil | | | | |
| Religión | | | | |
| Lugar de nacimiento | | | Causa | |
| Lugar de residencia | | | | |
| Finado (año y causa) | | | | |



| DATOS | Otros familiares o amigos con quien comparte el hogar | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|--|
| Parentesco | | | | | |
| Nombre | | | | | |
| Edad | | | | | |
| Escolaridad | | | | | |
| Ocupación | | | | | |
| Estado civil | | | | | |
| Religión | | | | | |
| Lugar de nacimiento | | | | | |
| Lugar de residencia | | | | | |
| Finado (año y causa) | | | | | |

b) Unión conyugal (Marque con una X)

| Unión del paciente | | | | | |
|---------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------|-------------------|-----------------|
| | Matrimonio | | Unión libre | Separación | Divorcio |
| | Civil | Civil y Religioso | | | |
| 1ª Relación | | | | | |
| 2ª Relación | | | | | |
| 3ª Relación | | | | | |

c) Tipo de relación (Marque con una X)

| Relación | Pareja | Hijos | | | |
|-----------------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | | 1º Hijo | 2º Hijo | 3º Hijo | 4º Hijo |
| Positiva | | | | | |
| Negativa | | | | | |
| Ambivalente | | | | | |
| Alianzas | | | | | |

d) Ciclo vital de la familia actual (Marque con una X)

| Fase | | Observaciones |
|-----------------|--|----------------------|
| Desprendimiento | | |
| El encuentro | | |
| Los hijos | | |
| La adolescencia | | |
| El reencuentro | | |
| La vejez | | |



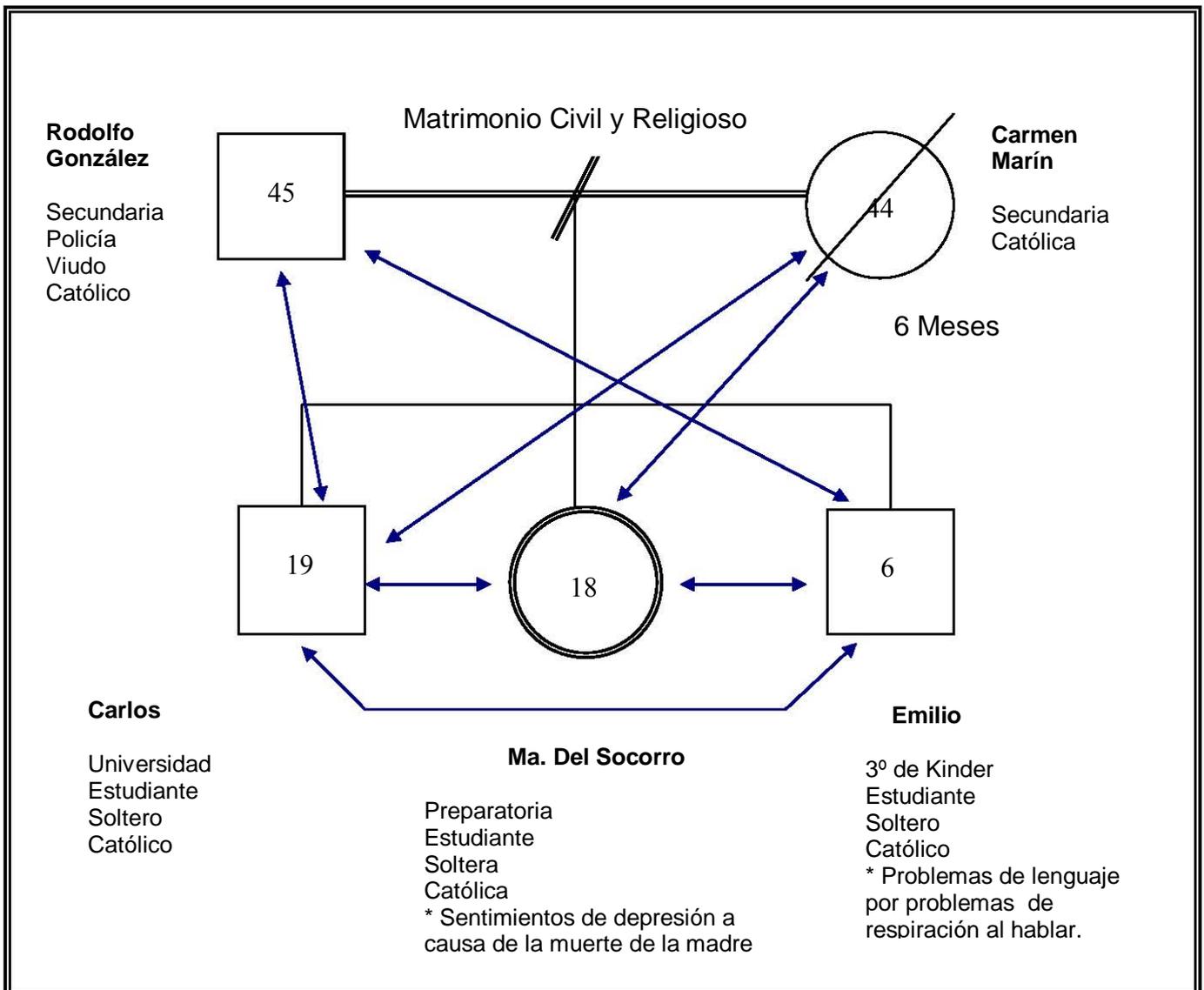
e) Como se une o separa la familia actual (Marque con una X)

| Los miembros se unen | | Los miembros se separan | |
|----------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Nacimiento | <input type="checkbox"/> | Separación | <input type="checkbox"/> |
| Adopción | <input type="checkbox"/> | Divorcio | <input type="checkbox"/> |
| Noviazgo | <input type="checkbox"/> | Extravío | <input type="checkbox"/> |
| Matrimonio | <input type="checkbox"/> | Muerte | <input type="checkbox"/> |

d) Sucesos importantes de la familia actual (Marque con una X)

| Suceso | Paciente | Familiar o amigo | Causas o padecimiento | Fecha |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Enfermedad física | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad psicológica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Separación o muerte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

III. FAMILIOGRAMA





IV. SOBRE EL CONFLICTO O PROBLEMA

a) NATURALEZA

Motivo de Consulta Problemas en la estructura familiar

Tiempo aproximado que tiene presente el problema 5 meses

Posibles causas Muerte de la madre

b) Tipo de problema tanatológico actual (Marque con una X)

| | | | | | | | |
|----------------|-------------------|-----------------|-----------------|------------------|---------------|-------------------|-------------|
| | Separación | Extravío | Abandono | Secuestro | Muerte | Enfermedad | Otra |
| PERDIDA | | | | | X | | |

| | | | | |
|---------------|----------------|------------------|-----------------|-------------|
| | Natural | Repentina | Esperada | Otra |
| MUERTE | | X | | |

| | | | | |
|--------------|-------------------|---------------|----------------|-------------|
| | Anticipado | Actual | Crónico | Otro |
| DUELO | | X | | |

c) Cambios en la dinámica familiar a partir del problema tanatológico (Marque con una X)

| Dinámica familiar | | Observaciones |
|--------------------------|---|--|
| Relaciones | X | La estructura familiar se ha modificado considerablemente al existir un reacomodo de las relaciones, roles, la comunicación, la autoridad y los límites. |
| Roles | X | |
| Comunicación | X | |
| Autoridad | X | |
| Límites | X | |
| Valores | | |

d) Cambios en alguno de los siguientes ámbitos a partir del problema tanatológico (Marque con una X)

| Ámbito Social | | Observaciones |
|----------------------|---|---|
| Estado de ánimo | X | Su carácter es más exigente y poco tolerante |
| Escolar | X | La escuela ha sido un escaparate a los problemas familiares Han cambiado sus expectativas académicas |
| Laboral | | |



e) Intentos de solución (Marque con una X)

| | Paciente | Familiar / Parentesco | Amigo | Otro |
|---------------------------|----------|-----------------------|-------|------|
| Quien ha hecho intentos | | | | |
| Quienes están interesados | | | | |
| Que intentos han hecho | | | | |

f) Según su estado de ánimo se encuentra en la etapa del duelo: (Marque con una X)

| Etapas según Alfonso Reyes Zubiría | | Observaciones |
|------------------------------------|---|--|
| Depresión | X | Se encuentra en una etapa de aceptación con recurrentes episodios de depresión |
| Rabia | | |
| Perdón | | |
| Aceptación | X | |

g) Pensamientos de muerte a causa de la tristeza que siente (Marque con una X)

| | |
|--------------------|---|
| Nunca | |
| Poco frecuente | X |
| Muy frecuentemente | |

h) Consumo de alguna sustancia para no sentirse mal a causa de la pérdida

Si _____
No X

i) Las sustancias que consume son: (Marque con una X)

| | |
|-------------------------------------|--|
| Administradas por algún médico | |
| Automedicadas | |
| Sustancias como el alcohol o drogas | |

j) Cuando se siente mal acude a: (Marque con una X)

| | | |
|----------------|-----------|------------------|
| Un familiar | | Parentesco _____ |
| Un amigo | X (Novio) | |
| Un profesional | | |



k) Que hace para no sentirse mal

| | |
|---------------------------------------|---|
| Alguna actividad recreativa o deporte | X |
| Hablar sobre ello | |
| Recurrir al alcohol o drogas | |
| No puede dejar de estar triste | |
| Otro | |

l) Fortalezas y debilidades que observa el adolescente de si mismo

| Debilidades | Fortalezas |
|-------------|-------------|
| Rebelde | Responsable |
| Enojona | Optimista |
| Orgullosa | |
| | |
| | |
| | |

V. OBSERVACIONES

Durante la entrevista la joven se mantuvo en una actitud tranquila, contestaba con serenidad, se mostraba un tanto molesta en relación a las responsabilidades que había obtenido a raíz de la muerte de su madre. Sin lugar a dudas la situación que le estresa y aún le sigue causando dolor es el recordar la manera en que se le entero de la muerte de su madre y todo lo que le siguió durante el acto luctuoso, ya que mientras relataba la manera en que ocurrieron las cosas su semblante cambio, sus manos se mostraron nerviosas y su rostro empezó a tensarse, llegando al llanto.

Por otra parte la adolescente muestra una actitud positiva ya que afirma que si bien la situación le ha traído una serie de responsabilidades, ella se encuentra tranquilidad en la escuela ya que ésta ha sido una fortaleza importante en la cual se manifiesta la autoeficacia, es decir, su interés por continuar sus estudios así como ver éstos como una forma de desahogo a las frustraciones de su hogar.

En lo que respecta a los intentos de solución al problema de la adolescente, estos han sido de su parte, ya que ha acudido a pláticas con la psicóloga de su escuela, así como también a sesiones en el Kinder de su hermano menor, donde se han tratado asuntos familiares e individuales.

Tratando el tema de pensamientos de muerte debido a la tristeza, la adolescente expresa sentir



con su hermano menor la motiva a seguir adelante.

En la adolescente se puede observar una tristeza la cual se contrapone a su resiliencia (capacidad de una persona para hacer las cosas bien pese a las condiciones de vida adversas, superar éstas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado) actitud que en ella se observa y que ayuda a que su proceso sea menos estresante.

VI. DIAGNÓSTICO

Se trata de joven de 18 años, estudiante de preparatoria proveniente de una familia nuclear⁹⁵, cuya fase en su ciclo vital es la adolescencia al estar conformado por tres hijos dos de ellos en dicha etapa y el tercero en edad infantil. La joven vivencia un proceso de duelo normal⁹⁶ con depresión recurrente debido a la muerte de su madre hace cinco meses, período en el cual se ha hecho responsable de los quehaceres domésticos, así como de la atención del padre, del hermano mayor y del hermano menor con quien ha ocupado el rol de madre.

La muerte, al ser una muerte repentina y la sensación de que la madre aún esta presente en la casa por comentarios de familiares que dicen haberla sentido, han hecho más difícil la aceptación de la muerte. En lo que respecta a la estructura familiar ésta se ha modificado en la siguiente manera, pasando de una familia nuclear a una uniparental⁹⁷.

En cuanto a las relaciones éstas son positivas entre hermanos, con una tendencia a hacer coaliciones entre ellos ya que a partir de la muerte de la madre, el padre se ha portado más estricto con los hijos. No obstante la relación entre el padre y los hijos es positiva.

En cuanto a los roles tanto el padre como el hermano mayor se han vuelto más severos con la forma de vigilarla y de dar permisos para salir. El padre ha implementado la medida de hablarle cada media hora. El hermano mayor quiere ocupar el papel de padre de la adolescente. Los quehaceres domésticos se le han impuesto como una obligación pese que la adolescente los ve como una forma de ayudar a la familia. Por lo tanto los roles de madre y ama de casa se le han adjudicado a la

⁹⁵ Pablo Monrroy, Tesis que para obtener el título de licenciado en Trabajo Social, *El genograma como instrumento esencial en la evaluación familiar para trabajo social*, México 2004, ENST-UNAM.

⁹⁶ <http://www.faes.es/cursoansiedad.com> José Ángel Fernández, et.al. *Reacción de duelo*.

⁹⁷ Idem.



adolescente por parte del resto de los integrantes de la familia. Ahora ella tiene que distribuir su tiempo entre la escuela, los quehaceres domésticos y el cuidado del hermano menor. La comunicación entre ellos es positiva y clara, la autoridad se reparte entre padre, el hijo mayor y la adolescente al ser la que cuida al menor de los hijos. Los límites son claros y poco flexibles para con los hijos mayores al haber una restricción de salidas y horarios. Los valores que emergen en la familia son la solidaridad, la tolerancia y el respeto. Ha habido un cambio radical en los ámbitos escolares al bajar las expectativas profesionales de la adolescente por pensar en el cuidado del hermano menor, su carácter se ha vuelto más exigente y menos alegre. No obstante lo anterior no hay síntomas de consumo de drogas y se observa una claridad del problema a los ojos de la adolescente conoce sus debilidades y fortalezas así como los recursos personales con los que cuenta.

VII. TRATAMIENTO

Se cree necesaria la intervención mediante visitas domiciliarias, que reafirmen la posibilidad de entrar en una etapa de aceptación. Así como también la necesidad de canalizar al hermano menor a un especialista para empezar a atender el problema de lenguaje, situación que conflictúa aún más las responsabilidades de la joven.

Realizar sesiones con cada miembro familiar para conocer como cada uno asume la nueva situación, de que manera les ha afectado así como confirmar información.

Realizar también sesiones familiares para poder establecer acuerdos en cuanto; roles, reglas, autoridad, responsabilidades y apoyos en relación a los quehaceres domésticos y el cuidado del hijo menor.

Tomando en cuenta que la aplicación de la GETTS, esta relacionada con el Eje IV del DSM IV y el diagrama de la margarita, los resultados de ésta estarán relacionados entre los instrumentos mencionados.

En lo que respecta al eje IV y tomando como base lo obtenido de la GETTS, se observo lo siguiente en el primer caso:



Reactivo No.1: duelo por extravío, separación, muerte o ausencia de un ser querido. Desde lo dicho por la adolescente el nivel es grave (1), ya que ella afirma que a partir de la muerte de su madre su responsabilidades familiares han aumentado. Por lo observado por el trabajador social se encontró un nivel grave (1) debido a que a partir de la muerte de la madre la dinámica individual y familiar de la adolescente se han modificado de manera drástica.

- Reactivo No. 5: existencia de roles disfuncionales (idiosincrásicos, periféricos, otros). Lo expresado por la adolescente arroja un nivel moderado (2) debido a que el rol de madre se la adjudico a ella, a partir de la pérdida de la figura materna. Lo observado por el trabajador social determina un nivel grave (1) ya que los roles familiares se han cambiado, la adolescente ha pasado de ser hermana a convertirse en madre de su hermano menor, y su hermano mayor ha adquirido el papel de padre de ambos hermanos.
- Reactivo No. 12: problemas por mecanismos atoradores (excesivo sentimiento de culpa, enojo, miedo otro). Por lo dicho por la paciente el nivel es moderado (2), ya que dice tener sentimientos negativos a partir de la falta de su madre. Según lo observado se determino un nivel grave (1), debido a que la paciente muestra sentimientos de enojo, tristeza y miedo a partir de la muerte de su madre.

Tomando en cuenta que la clasificación de los niveles con que se mide la problemática de la categoría Problemas relativos a la familia o grupo primario es la siguiente:

- Grave 1-12
- Moderado 13-24
- Leve 25-36



El nivel de gravedad de los reactivos se determina a partir de lo observado en la aplicación de la guía y queda a consideración del profesional (trabajador social), que a su criterio establece el puntaje.

Por lo tanto la intensidad de la problemática es la siguiente:

Lo que el paciente dice:

$$\begin{array}{r} \text{No. 1} = 1 \\ \text{No. 5} = 2 \\ \text{No. 12} = 2 \\ \hline 5 \quad \times 12 \\ \hline 3 \end{array}$$

Dando como resultado:

$$\frac{60}{3} = 20 = \text{MODERADO}$$

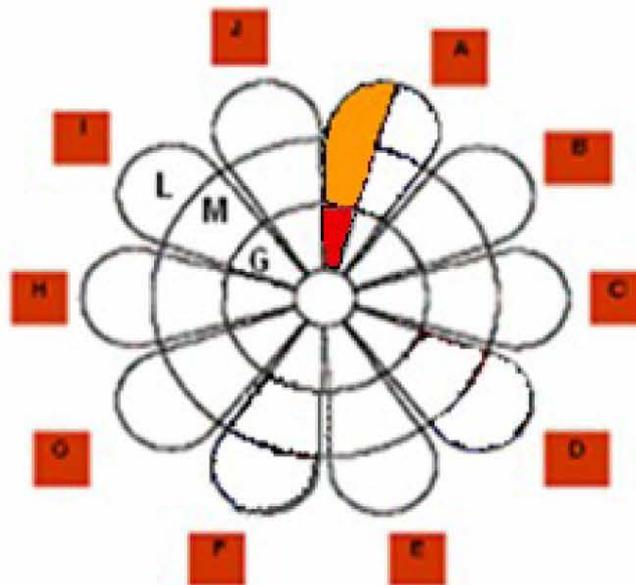
Lo observado por el trabajador social:

$$\begin{array}{r} \text{No. 1} = 1 \\ \text{No. 5} = 1 \\ \text{No. 12} = 1 \\ \hline 3 \quad \times 12 \\ \hline 3 \end{array}$$

Dando como resultado:

$$\frac{36}{3} = 12 = \text{GRAVE}$$

Según lo dicho por la paciente la problemática de la categoría problemas relativos a la familia es moderado, pero lo observado por el trabajador social difiere al ser un nivel grave.





CASO DOS

**GUÍA ECLÉCTICA TANATOLÓGICA
PARA TRABAJADORES SOCIALES GETTS
EN LA DETECCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
DE CASOS
EN PROCESOS DE PÉRDIDA, MUERTE Y DUELO**



OBJETIVO: Detectar los casos de adolescentes con alguna problemática bio-psico-social consecuencia de una pérdida, muerte o duelo.

INSTRUCCIONES: Marque con una X las respuestas que se indican.

I. DATOS PERSONALES

| | | | |
|---------------------|------------------------------|-----------|-------------------|
| Nombre | <u>Daniel Martínez Reyes</u> | Edad | <u>15 años</u> |
| Escolaridad | <u>Secundaria</u> | Ocupación | <u>Estudiante</u> |
| Estado civil | <u>Soltero</u> | Religión | <u>Católico</u> |
| Lugar de nacimiento | <u>México D.F.</u> | | |
| Lugar de residencia | <u>México D.F.</u> | | |

II. DATOS FAMILIARES

1. Familia de origen
 - a) Integrantes de la familia de origen

| DATOS | PADRE | MADRE |
|-----------------------|------------------------------|---------------------------|
| Nombre | José Luis Martínez Saldierna | Ma. Luz Reyes Hernández |
| Edad | 40 años | 43 años |
| Escolaridad | Secundaria | Bachillerato (2 semestre) |
| Ocupación | Servidor público | Servidor público |
| Estado civil | Casado | Viuda |
| Religión | Católico / cristiano | Católica |
| Lugar de nacimiento | México D.F. | México D.F. |
| Lugar de residencia | México D.F. | México D.F. |
| Finado (año y causa) | 2005 Cáncer | |



| DATOS | HERMANOS | | | Abortos de la madre | |
|-----------------------|--------------------------|--|--|---------------------|--|
| | | | | TIPO | FECHA |
| Nombre | Yazmín Itzel Martínez R. | | | Espontáneo | 1989 1993 |
| Edad | 18 años | | | | |
| Escolaridad | Universidad | | | | |
| Ocupación | Estudiante | | | Inducido | |
| Estado civil | Soltera | | | | |
| Religión | Católica | | | | |
| Lugar de nacimiento | México D.F. | | | Causa | 1º No supo la causa 2º un virus seco el producto (4-6). |
| Lugar de residencia | México D.F. | | | | |
| Finado (año y causa) | | | | | |

| DATOS | Otros familiares o amigos con quien comparte el hogar | | | | |
|-----------------------|---|--|--|--|--|
| Parentesco | Prima | | | | |
| Nombre | Paola Reyes Hernández | | | | |
| Edad | 22 años | | | | |
| Escolaridad | Bachillerato | | | | |
| Ocupación | Servidor público | | | | |
| Estado civil | Soltera | | | | |
| Religión | Católica | | | | |
| Lugar de nacimiento | México D.F. | | | | |
| Lugar de residencia | México D.F. | | | | |
| Finado (año y causa) | | | | | |

b) Unión de los Padres (Marque con una X)

| Unión de los Padres | | | | | | |
|---------------------|-------------|-------|-------------------|-------------|------------|----------|
| | Matrimonio | | | Unión libre | Separación | Divorcio |
| | Padre/Madre | Civil | Civil y Religioso | | | |
| 1ª Relación | | | X | | | |
| 2ª Relación | | | | | | |
| 3ª Relación | | | | | | |

c) Tipo de relación (Marque con una X)

| Relación | Padres | Padres- Hijos | Hermanos | Observaciones |
|-------------|--------|---------------|----------|--|
| Positiva | X | X | X | La relación con su madre es ambivalente. |
| Negativa | | | | |
| Ambivalente | | | | |
| Alianzas | | | | |



d) Ciclo vital de la familia de origen (Según Lauro Estrada Inda) (Marque con una X)

| Fase | Observaciones |
|-----------------|---------------|
| Desprendimiento | |
| El encuentro | |
| Los hijos | |
| La adolescencia | X |
| El reencuentro | |
| La vejez | |

e) Como se une o separa la familia de origen (Marque con una X)

| Los miembros se unen | | Los miembros se separan | |
|----------------------|--|-------------------------|---|
| Nacimiento | | Separación | |
| Adopción | | Divorcio | |
| Noviazgo | | Extravío | |
| Matrimonio u otro | | Muerte | X |

d) Sucesos importantes de la familia de origen (Marque con una X)

| Suceso | Paciente | Familiar o amigo | Causas o padecimiento | Fecha |
|------------------------|----------|------------------|-----------------------|------------|
| Enfermedad física | | | | |
| Enfermedad psicológica | | | | |
| Separación o muerte | | Muerte del padre | Cáncer | 18/01/2005 |

2. Familia actual

a) Integrantes de la familia actual

| DATOS | ESPOSO (a) | HIJOS | Abortos | |
|----------------------|------------|-------|------------|-------|
| | | | Tipo | Fecha |
| Nombre | | | Espontáneo | |
| Edad | | | | |
| Escolaridad | | | | |
| Ocupación | | | Inducido | |
| Estado civil | | | | |
| Religión | | | | |
| Lugar de nacimiento | | | Causa | |
| Lugar de residencia | | | | |
| Finado (año y causa) | | | | |



| DATOS | Otros familiares o amigos con quien comparte el hogar | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|--|
| Parentesco | | | | | |
| Nombre | | | | | |
| Edad | | | | | |
| Escolaridad | | | | | |
| Ocupación | | | | | |
| Estado civil | | | | | |
| Religión | | | | | |
| Lugar de nacimiento | | | | | |
| Lugar de residencia | | | | | |
| Finado (año y causa) | | | | | |

b) Unión conyugal (Marque con una X)

| Unión del paciente | | | | | |
|---------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------|-------------------|-----------------|
| | Matrimonio | | Unión libre | Separación | Divorcio |
| | Civil | Civil y Religioso | | | |
| 1ª Relación | | | | | |
| 2ª Relación | | | | | |
| 3ª Relación | | | | | |

c) Tipo de relación (Marque con una X)

| Relación | Pareja | Hijos | | | |
|-----------------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | | 1º Hijo | 2º Hijo | 3º Hijo | 4º Hijo |
| Positiva | | | | | |
| Negativa | | | | | |
| Ambivalente | | | | | |
| Alianzas | | | | | |

d) Ciclo Vital de la familia actual (Marque con una X)

| Fase | | Observaciones |
|-----------------|--|----------------------|
| Desprendimiento | | |
| El encuentro | | |
| Los hijos | | |
| La adolescencia | | |
| El reencuentro | | |
| La vejez | | |



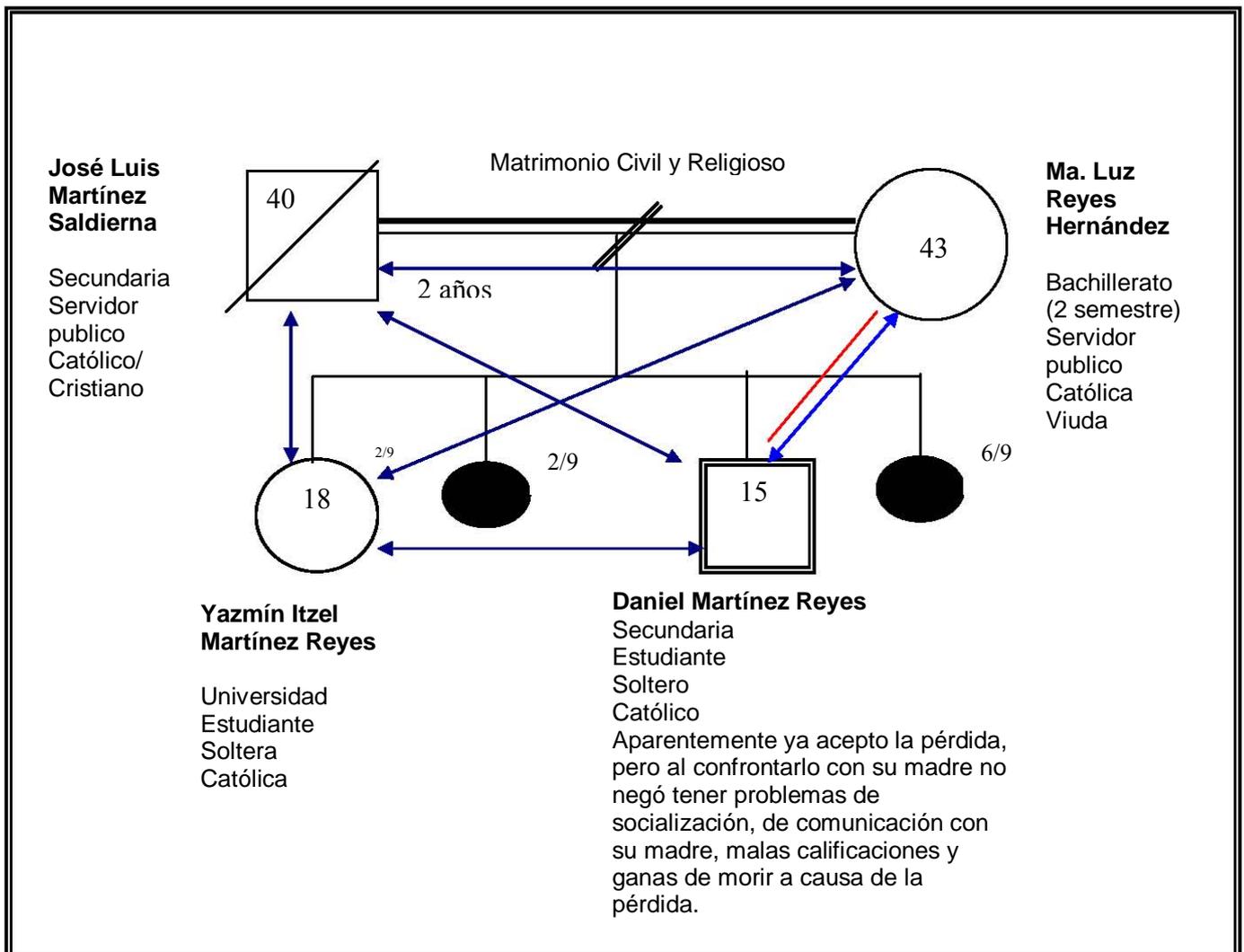
e) Como se une o separa la familia actual (Marque con una X)

| Los miembros se unen | | Los miembros se separan | |
|----------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Nacimiento | <input type="checkbox"/> | Separación | <input type="checkbox"/> |
| Adopción | <input type="checkbox"/> | Divorcio | <input type="checkbox"/> |
| Noviazgo | <input type="checkbox"/> | Extravío | <input type="checkbox"/> |
| Matrimonio | <input type="checkbox"/> | Muerte | <input type="checkbox"/> |

d) Sucesos importantes de la familia actual (Marque con una X)

| Suceso | Paciente | Familiar o amigo | Causas o padecimiento | Fecha |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Enfermedad física | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad psicológica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Separación o muerte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

III. FAMILIOGRAMA





IV. SOBRE EL CONFLICTO O PROBLEMA

a) NATURALEZA

Motivo de Consulta Bajo sus calificaciones en la escuela / conducta antisocial

Tiempo aproximado que tiene presente el problema 2 años

Posibles causas Falta de empeño (él cree que no tiene nada que ver con la pérdida)

b) Tipo de problema tanatológico actual (Marque con una X)

| | Separación | Extravío | Abandono | Secuestro | Muerte | Enfermedad | Otra |
|----------------|------------|----------|----------|-----------|--------|------------|------|
| PERDIDA | | | | | X | | |

| | Natural | Repentina | Esperada | Otra |
|---------------|---------|-----------|----------|------|
| MUERTE | | | X | |

| | Anticipado | Actual | Crónico | Otro |
|--------------|------------|--------|---------|------|
| DUELO | X | | | |

c) Cambios en la dinámica familiar a partir del problema tanatológico (Marque con una X)

| Dinámica familiar | | Observaciones |
|-------------------|---|--|
| Relaciones | | <p>Él asumió las labores del hogar que antes le correspondían a su padre.</p> <p>La relación y comunicación con su hermana mejoro bastante y con su madre y su prima la comunicación es ambivalente.</p> |
| Roles | X | |
| Comunicación | X | |
| Autoridad | | |
| Limites | | |
| Valores | | |

d) Cambios en alguno de los siguientes ámbitos a partir del problema tanatológico (Marque con una X)

| Ambito Social | | Observaciones |
|-----------------|---|---|
| Estado de ánimo | | |
| Escolar | X | Bajaron sus calificaciones en la escuela aunque él cree que no tiene nada que ver con la pérdida de su padre. |
| Laboral | | |



e) Intentos de solución (Marque con una X)

| | Paciente | Familiar / Parentesco | Amigo | Otro |
|---------------------------|----------|-----------------------|-------|------|
| Quien ha hecho intentos | X | | | |
| Quienes están interesados | | La madre | X | |
| Que intentos han hecho | | | | |

f) Según su estado de ánimo se encuentra en la etapa del duelo: (Marque con una X)

| Etapas según Alfonso Reyes Zubiría | | Observaciones |
|------------------------------------|---|---|
| Depresión | | Aparentemente ya acepto la pérdida, pero al confrontarlo con su madre no negó tener problemas de socialización, de comunicación y agresividad con su prima y su madre, malas calificaciones y ganas de morir a causa de la pérdida. |
| Rabia | | |
| Perdón | | |
| Aceptación | X | |

g) Pensamientos de muerte a causa de la tristeza que siente (Marque con una X)

| | |
|--------------------|---|
| Nunca | X |
| Poco frecuente | |
| Muy frecuentemente | |

h) Consumo de alguna sustancia para no sentirse mal a causa de la pérdida

Si _____
No X

i) Las sustancias que consume son: (Marque con una X)

| | |
|-------------------------------------|--|
| Administradas por algún médico | |
| Automedicadas | |
| Sustancias como el alcohol o drogas | |

j) Cuando se siente mal acude a: (Marque con una X)

| | | |
|----------------|--|------------------|
| Un familiar | | Parentesco _____ |
| Un amigo | | |
| Un profesional | | |



k) Que hace para no sentirse mal

| | |
|---------------------------------------|--------------|
| Alguna actividad recreativa o deporte | Videojuegos |
| Hablar sobre ello | |
| Recurrir al alcohol o drogas | |
| No puede dejar de estar triste | |
| Otro | Tele/ música |

l) Fortalezas y debilidades que observa el adolescente de si mismo

| Debilidades | Fortalezas |
|-----------------------------|---------------|
| | |
| No poder hablar de su padre | Su optimismo |
| | Echarle ganas |
| | |
| | |

V. OBSERVACIONES

- Durante la entrevista el adolescente se mostró muy tranquilo y dispuesto a cooperar.
- No tiene privacidad, ya que tiene que compartir el cuarto con su prima de 22 años.
- A lo largo de la entrevista expreso que tiene una buena estabilidad económica, ya que el empleo de su madre y el apoyo económico que perciben desde la muerte de su padre, por parte del lugar en donde él laboraba, les brinda una solvencia económica muy buena.
- Presenta un problema de socialización*, puesto que no tiene amigos, no le gusta salir a ningún lugar, se la pasa encerrado en su cuarto y no le gusta asistir a ninguna fiesta, ni con compañeros de escuela, vecinos y familiares.
- Al hablar con él y su madre (en parte de la entrevista participó su madre) su actitud cambio, ya que según él no tiene ningún problema, pero al confrontarlo con su madre su semblante cambio y no negó todo lo que su madre decía (problemas de comunicación con su madre, comportamiento antisocial, baja en sus calificaciones, que no tiene amigos y ganas de morir, esto último lo expreso a su madre durante una discusión, esto fue el detonante para que su madre buscara ayuda profesional).

* Se diferencia de conducta antisocial en la medida que ésta hace referencia a la presencia de comportamientos agresivos, holgazanería, rupturas y choques más o menos continuados con las normas de casa y de la escuela, robos y otros más extremos como incendios o vandalismo.



VI. DIAGNÓSTICO

Se trata de un adolescente masculino de 15 años de edad quien presenta a simple vista un proceso de duelo normal⁹⁸ después de la muerte esperada de su padre quien murió hace dos años a causa de padecer cáncer.

Pertenece a una familia extensa, debido a que una prima materna vive con ellos desde hace tres años, dentro del ciclo vital se encuentra en la etapa de la adolescencia. El ambiente familiar en el que ha crecido y se ha desenvuelto, esta lleno de afecto, amor y atención, debido a que los padres siempre han trabajado, a él y a su madre les ha hecho falta tiempo para fortalecer la comunicación, esto debido a que la mayor parte del tiempo él la pasaba con su padre en el trabajo.

La situación económica es estable y buena, dando como resultado que en este aspecto no haya ningún problema, la pérdida que el adolescente ha sufrido fue muy significativa, ya que la comunicación y la convivencia con su padre era excelente, este pasaba por él a la escuela y lo llevaba a su trabajo, por lo que pasaban la mayor parte del tiempo juntos, es decir el mundo en que se desenvolvía era el mismo que el de su padre.

A causa de la pérdida los roles han cambiado, ya que ahora él tiene que asumir las labores del hogar que antes realizaba su padre, en cuanto a los límites, valores y autoridad siguen igual que antes, la relación y comunicación con su hermana mejoro mucho a diferencia de la relación y comunicación con su madre y su prima, ya que esta es ambivalente.

⁹⁸ <http://www.faes.es/cursoansiedad.com> José Ángel Fernández, et.al. *Reacción de duelo*.



VII. TRATAMIENTO

El plan de acción a seguir es continuar con las sesiones individuales con el adolescente y su madre, cada uno por separado para conocer mas a fondo la problemática que presentan, saber sus inquietudes y posteriormente realizar una sesión con los dos para confrontarlos y exponer como han asimilado la nueva situación y de que manera les ha afectado.

Se cree necesario realizar una visita domiciliaria para ver el espacio y las condiciones de vivienda en las que se desenvuelven y realizar una entrevista con los demás miembros de la familia para ver como perciben la problemática.

Se explica a continuación los resultados obtenidos del segundo caso a quien fue aplicada la guía (caso del Centro Comunitario de la Clínica San Rafael), a través del instrumento del eje IV del DSM IV, el instrumento la margarita y los resultados obtenidos de la aplicación de la GETTS.

En la primera categoría del diagnóstico social del Eje IV: Problemas relativos al grupo primario, el adolescente presenta los siguientes problemas de los 12 reactivos:

- Reactivo No.1: duelo por extravío, separación, muerte o ausencia de un ser querido. Desde lo dicho por el adolescente el nivel es leve (3), ya que el afirma que su conducta es producto de su edad y no debido a la muerte de su padre. Por lo observado por el trabajador social se encontró un nivel grave (1) debido a que a partir de la muerte de su padre el adolescente ha tomado conductas antisociales.
- Reactivo No.4: cambio o composición familiar por nacimiento o llegada de algún miembro a la familia. El nivel es leve (3) según lo dicho por el paciente debido a que la llegada de su prima materna ha invadido de manera parcial su privacidad. Nivel que se encontró moderado (2), debido a que la llegada de la prima materna al hogar si produce molestia en el adolescente.



- Reactivo No. 12: problemas por mecanismos atoradores (excesivo sentimiento de culpa, enojo, miedo otro). Por lo dicho por el paciente el nivel es leve (3), ya que el dice no tener ningún sentimiento negativo debido a la pérdida de su padre. Según lo observado se determinó un nivel moderado (2), debido a que el paciente muestra sentimientos de enojo y miedo a partir de la muerte de su padre.

Por lo tanto la intensidad de la problemática es la siguiente:

Lo que el paciente dice:

$$\begin{array}{r} \text{No. 1} = 3 \\ \text{No. 4} = 3 \\ \text{No. 12} = \underline{3} \\ \hline 9 \quad \text{X } 12 \\ \hline 3 \end{array}$$

Dando como resultado:

$$\frac{108}{3} = 36 = \text{LEVE}$$

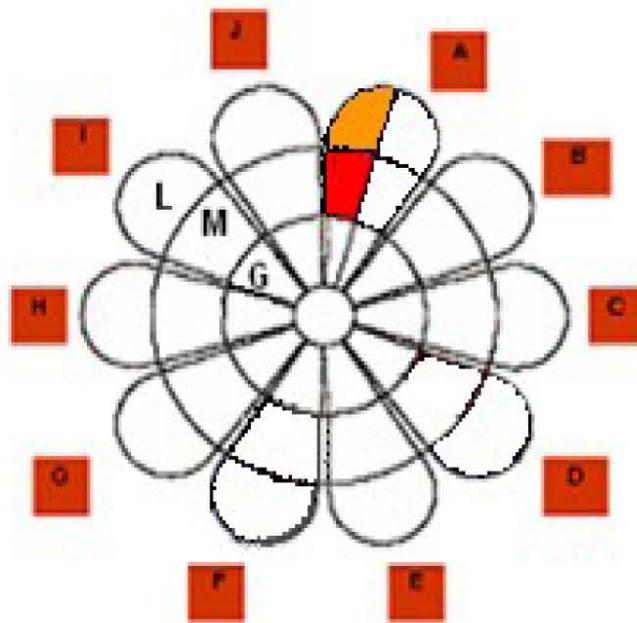
Lo observado por el trabajador social:

$$\begin{array}{r} \text{No. 1} = 1 \\ \text{No. 4} = 3 \\ \text{No. 12} = \underline{2} \\ \hline 6 \quad \text{X } 12 \\ \hline 3 \end{array}$$

Dando como resultado:

$$\frac{72}{3} = 24 = \text{MODERADO}$$

Realizando un análisis comparativo en los resultados obtenidos en la categoría problemas relativos a la familia, entre lo dicho por el paciente y lo observado por el trabajador social, el diagnóstico sería: un diagnóstico leve arrojado en el primer caso (lo dicho por el paciente) y un diagnóstico moderado, en el segundo (lo observado por el trabajador social). Cabe mencionar que ambos diagnósticos se obtuvieron de la misma manera (usando el eje IV del DSM IV).



Una vez analizados ambos casos se llega a la conclusión de que el grado del vínculo afectivo entre la persona que fallece y la que sufre la pérdida va a determinar que el proceso de duelo sea más difícil e intenso, esto aunado a que la persona fallecida es un pariente en línea directa, en este caso uno de los padres, hace que la pérdida sea aún más dolorosa.

De igual manera, por lo observado en los casos existe una diferencia muy marcada entre la muerte del padre y la muerte de la madre, en lo que a la dinámica familiar se refiere, específicamente en los roles, ya que en el caso del fallecimiento del padre los roles no difieren mucho, sin embargo en el caso del fallecimiento de la madre, el cambio en los roles fue drástico esto debido a que los roles que la madre desempeñaba automáticamente se le adjudicaron a la hija adolescente, situación que hizo que la afectación biopsicosocial de la adolescente fuera mucho mayor ya que esta trajo como consecuencia una carga de responsabilidades a la adolescente, circunstancia que se puede explicar al rol femenino que a ésta se le adjudica por cuestiones de los roles sociales impuestos.



Cabe considerara que a partir de lo observado en los dos casos anteriormente descritos se puede deducir, que la muerte de las figuras paternas tanto la de la madre como la del padre, ocasionan una afectación biopsicosocial en el desarrollo del adolescente, donde el vínculo afectivo es la detonante de dicha afectación.

En ambos casos sólo se utilizaron dos colores: el naranja (lo que el paciente dice) y el rojo (lo observado por el trabajador social). Esto se debe a que en la aplicación del instrumento no se intervino, sólo se realizó un análisis comparativo entre lo que el paciente dice y lo que el trabajador social observa durante la aplicación de la GETTS. La información recabada en la GETTS se va a ver reflejada en el diagrama de la margarita. Por lo tanto la finalidad del presente trabajo es resaltar la importancia de la aplicación de una guía de detección, diagnóstico y tratamiento de casos de adolescentes en procesos de pérdida, muerte y duelo no resueltos, que permita con mayor facilidad intervenir al trabajo social en el área tanatológica.



CAPITULO IX

PROPUESTAS PARA TRABAJO SOCIAL INDIVIDUALIZADO CON INTERVENCION TANATOLOGICA



IX. I PROPUESTA ECLÉCTICA DE TRABAJO SOCIAL INDIVIDUALIZADO PARA EL DISEÑO DE LA GETTS

Ahora bien los modelos de Trabajo Social individualizado expuestos se pueden adecuar a todo tipo de casos que requieran de dicha modalidad de intervención, en este caso se habla de la intervención tanatológica.

Una vez analizados dichos modelos y con base en éstos se plantea una Propuesta Ecléctica para Trabajo Social Individualizado con Intervención Tanatológica, la cual se formó a partir de seleccionar de los diferentes modelos que se abarcaron en el capítulo VI las siguientes etapas y las que se adecuaron a la intervención tanatológica, quedando de la siguiente manera:

1. Investigación

Es el momento destinado para explorar y obtener datos que requieren ser registrados para poder recabar información que servirán de gran ayuda para el diagnóstico. Esta incluye los siguientes datos:

- Datos generales: nombre, edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, religión, lugar de nacimiento y lugar de residencia.
- Estructura familiar: familia de origen, familia actual, otras personas con quien comparte el hogar, etapa del ciclo vital, sucesos importantes, dinámica familiar. Hacer uso del familiograma.
- Estado físico y mental: como, duelo, ansiedad, adicciones. En relación a la salud física, enfermedades crónico- degenerativas, hereditarias o accidentes.
- Motivo de consulta: antecedentes, inicio del problema, evento desencadenante, tiempo, posibles causas.
- Tipo del problema tanatológico:
 - Pérdida: muerte, separación, extravío, abandono.
 - Muerte: natural, repentina, esperada, etc.
 - Duelo: anticipatorio, resiente, crónico o no resuelto.



- Cambios en la dinámica familiar a partir del problema tanatológico, así como en otros ámbitos sociales.
- Intentos de solución.
- Etapas en el proceso de duelo.
- Riesgo de: suicidio, adicciones, etc.
- Apoyos.
- Debilidades y Fortalezas.
- Observaciones.

2. Diagnóstico

A partir de lo obtenido a través de la investigación se puede elaborar un diagnóstico que de paso a un panorama general del problema. Este puede incluir:

- Ubicación sociocultural del problema.
- Análisis de factores causantes impacto y causa desencadenante.
- Previsión de alternativas, riesgos y evolución al proceso de cambio.
- Recursos: humanos, materiales, emocionales y económicos.

Un diagnóstico integral considera la información:

- **Socioeconómica:** ingresos, egresos, miembros que aportan recursos, condiciones materiales de vivienda, condiciones generales de salud y escolaridad.
- **Familiar:** momento del ciclo vital, estructura o tipo de familia, mitos, secretos, rituales, dinámica en las relaciones personales entre sus miembros.
- **Psicosocial:** (relaciones con medios y actividades religiosas, deportivas, sociales, artísticas, recreación...).

3. Intervención

El proceso de la intervención tiene como finalidad identificar los problemas, desarrollar habilidades y buscar alternativas. Los contemplados a manejar son los relacionados en la dinámica familiar (comunicación, límites, roles, jerarquías, ciclo vital de la familia, comunicación y valores), respecto a otros



subsistemas psicosociales: salud, educación, economía, recreación, etc. Una vez investigados se identifica en cual de ellos se presenta cierta problemática y se aborda esta, mediante las técnicas adecuadas para lograr los cambios. Es el período en que se ejecutan las acciones encaminadas al cambio, donde están involucrados tanto el usuario como el profesionalista.

4. Seguimiento

Una vez concluida la intervención es importante verificar que el cambio sea permanente, de lo contrario detectar los problemas resultantes y los ya resueltos, de esta manera se confirmará la efectividad de las técnicas e instrumentos utilizados durante la intervención. Dentro de esta fase, se hace uso de la visita domiciliaria como una técnica necesaria para verificar lo que interesa saber.

A partir de lo anterior y sirviendo esto como fundamentación se diseñó La Guía Ecléctica Tanatológica para Trabajadores Sociales **GETTS**, en la detección, diagnóstico y tratamiento de casos en procesos de pérdida, muerte y duelo, (bajo los criterios de las etapas del duelo según Alfonso Reyes Zubiría, sin dejar de lado el que se retomaron otros autores como Kübler Ross, considerada la pionera de Tanatología; Bolwby, Bucay, Nancy O'Connor e Isa Fonnegra).

IX. II PROPUESTA HACIA UNA CONCEPTUALIZACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL TANATOLÓGICO PARA LA CONSTITUCIÓN DE UNA ESPECIALIDAD.

Trabajo social

Al ser el Trabajo Social una práctica de intervención en la sociedad, es la única profesión existente para colaborar de manera activa a hacer frente a la problemática que situaciones de ruptura como las nuevas estructuras familiares y el cambio de roles en éstas, la migración, la crisis del empleo, el colapso ecológico, la priorización de los entes económicos frente a los sociales da como resultado una gama de problemas sociales. La concepción



interdisciplinaria de la licenciatura en Trabajo Social impuesta por la sensibilidad de quienes entienden que su práctica es la intervención directa en las necesidades y la problemática social, ofrece una profesión que, al menos en lo que corresponde a su perfil, está a la altura de los retos sociales (los problemas sociales).⁹⁹ Para poder ejercer el desarrollo pleno de la profesión y para lograrlo cuentan con una formación multi e interdisciplinaria, lo cual le permite intervenir con las necesidades y problemas sociales a nivel individual, grupal, comunitario y de la sociedad en general, para buscar alternativas de solución y una mejora en la calidad de vida del sujeto.

Actualmente la propuesta curricular para la Licenciatura en Trabajo Social, fue subdividida en áreas, y en las cuales se ubica el área “sujeto y hábitat”, y a su vez, ésta se encuentra en subáreas, siendo una de ellas la de psicología y salud que se basan en el objetivo: << proporcionar los conocimientos que le permitan identificar y analizar los procesos psicológicos y de la salud del sujeto; así como de los factores que influyen en las expresiones y conductas individuales, familiares, grupales y sociales con el fin de definir mecanismos de acción hacia la prevención de las enfermedades y atención integral a la salud>>¹⁰⁰.

Las asignaturas se serian de la siguiente manera:

- Psicología del desarrollo humano.
- Psicología social
- Salud pública
- Salud mental.

En este sentido el plan de estudios de la licenciatura en Trabajo Social 1996 tiene como objetivo que el egresado de la Licenciatura en Trabajo Social, al término de su formación, sea un profesional capacitado para intervenir en problemas de carácter social a nivel individual, grupal y comunitario.

⁹⁹ Manuel, Sánchez Rosado, op. cit.

¹⁰⁰ Plan de Estudios de la Licenciatura en Trabajo Social, aprobado el 10 de junio de 1996, ENTS-UNAM.



Tanatología

Como ya se mencionó la finalidad de la Tanatología es proporcionar al hombre que muere, una muerte digna, una buena muerte, ayudar a aminorar el sufrimiento, a lograr una buena relación con las personas significativas y a comprender las limitaciones físicas propias en el entorno personal. Del mismo modo la finalidad del apoyo tanatológico, en cuanto a la intervención con los familiares y amigos del enfermo, es el de ayudar a entender la muerte, prepararlos para que de esta manera vivan su proceso de duelo de la mejor manera posible, evitando así que posteriormente sufran alguna patología, que llegue a afectar su comportamiento y desarrollo biopsicosocial. Las pérdidas (de cualquier tipo) y los procesos de duelo que de estas resultan forman también parte del objeto de estudio de la Tanatología.

La Tanatología en este sentido permite intervenir en dichos procesos de manera que estos sean superados por los sujetos y que adquieran de ellos un aprendizaje transformador lejos de una afectación lastimosa.

Perfil del Trabajador Social en Tanatología

Si bien es cierto que la profesión de Trabajo Social cuyos objetivos se centran en el mejoramiento de la calidad de vida del sujeto y la adaptación de este a su medio, es importante resaltar aquí la necesidad de adecuar los conocimientos de la profesión hacia áreas más específicas como lo es en este caso la Tanatología, es decir, un profesional en Trabajo Social cuya área de intervención es la Tanatología requiere de ciertos conocimientos, actitudes y aptitudes para intervenir de una manera más integral en la población que demanda este tipo de atención.

Si bien es cierto que el estudio de la Tanatología no es propio de Trabajo Social, es decir, la Tanatología es una ciencia abierta para aquellas profesiones que buscan una especialidad, su estudio requiere de ciertos conocimientos, se cree importante un estudio de ella en la licenciatura de Trabajo Social en la medida que éste trabaja directamente con el sufrir humano, donde las pérdidas,



la muerte y el duelo tienen un espacio relevante, por ello el perfil profesional en Trabajo Social con intervención tanatológica debe contemplar un conjunto de capacidades, habilidades, destrezas, aptitudes, actitudes y conocimientos que debe tener la persona. La constitución de un perfil debe contener una planeación académica y desarrollo curricular que a su vez inserte objetivos, funciones, metodología y estrategias.

Esto exige que a la par que estudia los procesos específicos de la profesión, profundice en las normas éticas generales que dan las bases para comprender cada caso concreto. En este sentido y tratando del área de la Tanatología es importante que conozca:

- a) Los conceptos y factores elementales en el área de la Tanatología
- b) El carácter de la patología (en caso de existir alguna)
- c) La reacción personal del paciente y de sus familiares ante los procesos de pérdida, muerte y duelo.
- d) Interacción que se da entre pacientes y familiares
- e) La comunicación que se establece entre subsistemas familiares, sociales y culturales del sujeto.

Al mencionar la importancia de las funciones y actividades del Trabajador Social en materia de Tanatología cuya relación no es reservada con la salud mental, (cuando los procesos involucrados recaen en la salud mental del sujeto) sugiere contemplar un perfil y desarrollo profesional en este ámbito. Por lo tanto Trabajo Social (T.S.), requiere de diversos procesos metodológicos propios de los niveles de intervención individualizada y de grupo, como la orientación, mediación, sensibilización e información, por ejemplo; niveles que requieren de conocimientos, habilidades y destrezas, así como un conjunto de actitudes que favorezcan la empatía no sólo con el usuario y pacientes, sino en el propio ambiente de trabajo.



Así pues, el perfil profesional es concebido por Margarita Terán (1994), como <<un conjunto de datos sistematizados que caracterizan a un individuo o población>>. En la relación triangulada (Usuario- T.S. – Institución) se va a ubicar al trabajador social como el elemento de enlace; por lo mismo, su función se ve gravada por un gran compromiso, en donde la posibilidad de optar por representar los intereses de alguna de las partes va a orientar su desarrollo profesional y aún la aplicación de la metodología.

Finalmente referirse a niveles o planos de intervención profesional, establece el reconocimiento de las unidades de análisis e intervención que ha venido trabajando: el caso, el grupo, la comunidad y la promoción social en un marco de determinadas políticas de estado y que, por lo mismo, involucra los planos de su estructura orgánica, en donde se encontrará al trabajador social como:

- diseñador de estrategias políticas (nivel de decisión),
- organizador de recursos (nivel intermedio),
- como ejecutor de las acciones (nivel operativo),

De las diferentes áreas (salud, educación, vivienda, etc.), que integran su vasto campo profesional.

Estas características deben responder a las demandas sociales de un sector o población. T.S. en el área de la Tanatología debe cubrir conocimientos, dominio de técnicas y cierta personalidad que garantice una adecuada intervención a fin de dar respuesta a la demanda de sujetos y familias que enfrentan la problemática de la pérdida, la muerte, y el duelo.

Conocimientos:

- Conocimientos académicos, es decir, los que devienen de la formación académica que proporciona el plan de estudios.
 - Conocer de forma básica las etapas de desarrollo, (específicamente la adolescencia).
 - Metodología del Trabajo Social de Casos.



- Conocer las diversas teorías referentes a la familia, su conformación y desarrollo.
 - Conocimientos sobre el ciclo vital de la familia.
 - Diseño del familiograma.
 - Nociones básicas sobre Tanatología (pérdida, muerte y duelo).
- Conocimientos extracurriculares, es decir, aquellos que se adquieren en la constante capacitación y actualización que permita el desarrollo profesional.
 - Conocer los factores involucrados en la Tanatología.
 - Conoce las afectaciones psicológicas de una muerte, pérdida y duelo.
 - Conocer las diversas formas de intervención individual, familiar y de grupo.
 - Habilidades y destrezas en el manejo oral; en la elaboración de material didáctico y de difusión, sólo por mencionar tres puntos, y los objetivos van dirigidos a:
 - Habilitar el manejo de la comunicación expositiva ante un grupo numeroso.
 - Desarrollar tácticas de resolución de problemas psicosociales.
 - Habilitar en la elaboración de material de difusión sea cual sea su naturaleza.
 - Capacidad para desarrollar modelos de investigación, así como modelos de intervención terapéutica. El identificar y optimizar los recursos. Resolución de problemas. Realizar diagnósticos de excelencia y planes de intervención de mayor objetividad, para lo cual es importante:
 - Que se induzca a una investigación de fenómenos sociales bajo diversos enfoques teóricos.
 - Igualmente, inducir a una actitud científica acorde con la tecnología de punta de ese momento.



Capacidad para:

- Desarrollar programas y proyectos
- Elaborar diagnóstico psicosociales
- Dominar técnicas de entrevista
- Técnicas de intervención individual
- La exposición de diversos temas relacionados con la Tanatología, muerte, pérdida, duelo, familia, el trastorno y la intervención profesional.
- Integrarse de manera productiva y prepositiva con el equipo inter y multidisciplinario.

Actitudes:

- De reconocimiento y respeto el trabajo de los otros
- De responsabilidad sobre los actos, decisiones o determinaciones personales.
- De seguridad ante el paciente o usuario.
- De sensibilidad ante los problemas del paciente
- De prudencia ante las decisiones.
- De sentido del humor ante los momentos estresantes
- De ingenio ante alternativas de solución inmediata
- De paciencia ante las demandas que requieren tiempo
- De tolerancia a la diversidad
- De reconocimiento de las propias limitaciones
- De reconocimiento y apertura hacia sus propios sentimientos respecto a los problemas atendidos.

Todo lo anterior es muy importante en el quehacer profesional del Trabajador Social en el área Tanatológica pero sin lugar a dudas no estaría completo el perfil del Trabajador Social con intervención tanatológica sin los valores y cualidades que un tanatólogo debe tener:



Valores del tanatólogo:

- Respeto: para sí mismo, ya que si se respeta tendrá la capacidad de respetar a las demás personas.
- Responsabilidad. Asumir su propia responsabilidad y permitir que cada persona asuma la responsabilidad que le corresponde.
- Honestidad. Al manifestar sus emociones, sentimientos y sus puntos de vista con respeto.
- Compromiso. Estar listo para apoyar a personas que se lo soliciten.
- Amor. Principalmente amándose a sí mismo y teniendo una actitud amorosa hacia las demás personas.

Cualidades:

- Ser sensible y humano
- Amar su profesión
- Saber escuchar
- No llevarse los problemas a casa
- Expresar sus sentimientos
- Ser tolerante
- Ser ético
- Ser profesional

Para realizar un trabajo profesional, el tanatólogo debe tener resueltos ciertos aspectos de su vida como son:

- Su propia muerte y la posibilidad de muerte de sus seres queridos significativos
- Sus padres y su relación con ellos



- Su sexualidad, conocer su sexualidad y satisfacción sexual
- Su infancia y los acontecimientos más significativos de su niñez

Estrategias a considerar dentro del trabajo tanatológico:

- Antes de cualquier intervención, observar a la familia
- Delegar responsabilidades a los miembros de la familia
- Apoyarse en amigos, compañeros y vecinos
- Facilitar la resolución de asuntos inconclusos de la familia que afecten la relación con el paciente
- Facilitar el proceso de duelo del cuerpo médico para evitar las proyecciones sobre la familia
- Elevar la calidad de vida de todos los involucrados en el proceso tanatológico.

El Trabajo Social es por lo tanto una disciplina cuyo objeto de estudio son los problemas sociales parte de aquí el sentido de su intervención profesional como parte de su especificidad, al hacer de los problemas y necesidades sociales su objetivo de intervención con base en modelos propios de su quehacer profesional.

La Tanatología por su parte es una ciencia multidisciplinaria en la medida que abarca varias disciplinas como, la medicina, psicología, lo social, la educación, entre otras, con el objetivo de brindar al paciente, su familia y amigos, la atención necesaria en lo que respecta a las pérdidas, las muertes y duelos vividos. Siendo entonces una disciplina que considera el sentido social de la muerte, las pérdidas y el duelo, se manifiesta la relación con Trabajo social. Ambas disciplinas establecen una complicidad extraordinaria cuando se trata de intervenir en la atención al sufrimiento humano.



De esta complicidad surge la **propuesta de una conceptualización de Trabajo Social Tanatológico**, como una profesión capaz de intervenir en procesos de pérdida, muerte y duelo, con técnicas, instrumentos y modelos de intervención propios del Trabajo Social, con la finalidad de hacer que dichos sucesos sean vividos, superados y transformados en experiencias enriquecedoras para el hombre y no se conviertan en experiencias dolorosas, interviniendo de manera negativa en el desarrollo biopsicosocial-espiritual del ser humano, en este caso del adolescente.

Por lo tanto Trabajo Social, tiene como objetivo el de elevar la calidad de vida del sujeto en la medida de que le sea posible, siempre y cuando este mejoramiento no sea del estilo paternalista sino por el contrario un mejoramiento basado en la corresponsabilidad de los involucrados profesional – sujeto para que este último tenga la capacidad de detectar, priorizar y resolver problemas.

La Tanatología en este sentido tiene el mismo objetivo, con la única diferencia en que ese elevamiento de la calidad de vida del sujeto va en lo relacionado con los sucesos dolorosos del ser humano la pérdida, la muerte y el duelo.

En lo que respecta al objetivo de este trabajo: conjuntar dos elementos claves, la adolescencia como etapa de crisis y los sucesos punzantes ya mencionados (pérdida, muerte y duelo) como agentes de riesgo de elevar la etapa de crisis, se hace necesario hacer una mancuerna. Trabajo social como la disciplina capaz de intervenir con la población en estudio, haciendo uso de técnicas, instrumentos y modelos de intervención que en base a la experiencia le permiten intervenir con dicha población tomando en cuenta los aspectos biopsicosociales de la misma y la Tanatología como la disciplina capaz de intervenir en sucesos de crisis específicos y para lo cual comparte con Trabajo Social algunas técnicas e instrumentos y algunos otros que le son propios, para dicha intervención.



Por lo tanto tomando en cuenta nuestro objeto de estudio: adolescentes que vivencian procesos de muerte y duelo no resueltos, es importante reconocer lo enriquecedor que puede ser conjugar dos disciplinas para poder mejorar la calidad de vida del adolescente en dichas circunstancias, para que estas no sean un estresante más en la lucha por su estabilidad psicológica, emocional, física, social y espiritual y la cual no tiene más que la finalidad de su buen desarrollo biopsicosocial.



CONCLUSIONES



CONCLUSIONES

Como ya se mencionó la adolescencia es una etapa evolutiva en la vida de toda persona la cual esta llena de nuevos retos y muchos cambios. Es un período de crecimiento rápido y de desarrollo físico, en donde el adolescente tiene que hacer frente a los retos y a los procesos del desarrollo físico y emocional por los que debe pasar.

Las fases de la adolescencia son procesos que pueden generar una depresión, además de todas las raíces evolutivas que tiene, es un proceso de duelo, por todas las pérdidas que la misma etapa trae consigo. Cuando el adolescente enfrenta sus propios duelos y además pérdidas significativas como lo puede ser la muerte de un familiar o amigo, e incluso otro tipo de pérdidas, el adolescente se siente confundido e inclusive impotente para hacerles frente, para ello se habla de una Tanatología de la adolescencia, cuya finalidad es el de brindar atención a la población adolescente, tomando en cuenta las características de dicha población, los aspectos biopsicosociales característicos de la etapa adolescente. En este sentido, la intervención tanatológica en la adolescencia va en las siguientes direcciones:

- Muerte y duelo en la adolescencia
- Enfermedad terminal en la adolescencia
- Pérdidas de integridad física
- Ideación suicida adolescente
- Adicciones en el adolescente

La Tanatología en intervención con adolescentes, por lo tanto es una alternativa de intervención, para aquella población vulnerable de sufrir no sólo la muerte de un ser querido, sino también pérdidas y duelos que repercutirán en su personalidad apenas en proceso de formación. El recorrer de la adolescencia es un camino difícil para el hombre, en la medida que la pérdida de la infancia y el recorrer hacia la adultez, ponen al hombre en un camino intermedio donde los miedos a regresar o continuar en la niñez y los temores



de conquistar la adultez generan en el adolescente un desequilibrio emocional, que con ayuda tanatológica puede enfrentar.

En este sentido la principal función de la Tanatología es desmitificar la muerte y el morir aprendiendo a vivir con ella. Por lo tanto se parte de la opinión de educar para la vida y la muerte a los niños, adolescentes y adultos para que partiendo del conocimiento personal, cultural y social y a la luz de la ciencia puedan todos no sólo vivir, sino también morir con dignidad. De este modo se pretende que a través de una buena orientación y educación sobre la muerte se cree en los adolescentes una cultura ante la muerte.

El trabajo tanatológico debe considerar todos los aspectos del paciente, la familia, los amigos y cuerpo médico y por lo menos considerar las cinco áreas principales: psicológica, física, social y espiritual, no olvidando los momentos por los que pasan los protagonistas del proceso tanatológico que son: diagnóstico, pronóstico, tratamiento, intervenciones quirúrgicas, medicación y la muerte misma (de ser el caso). Respetando al ser humano y su tiempo de asimilación.

En conclusión la relación Trabajo Social – Tanatología, es muy estrecha en la medida en que ambas buscan la integración del sujeto a su ambiente en continuo movimiento, pero una adaptación que si bien requerirá de la ayuda de profesionales, involucra también la coparticipación del sujeto en la búsqueda de su estabilidad biopsicosocial. De este precepto surge el binomio T.S. – Tanatología.

Es importante reconocer las limitaciones con las que se ha ido construyendo la identidad de la profesión de Trabajo Social. Trabajo Social no es, aún cuando en sus antecedentes exista, una labor asistencial, filantrópica, Trabajo Social no es, aún cuando algunos anhelan que lo sea, un semillero de reformadores sociales y líderes revolucionarios; Trabajo Social no es, aún cuando muchos sectores sociales así lo crean, una profesión de segunda, destinada a fungir como auxiliar de profesiones de primera. En la medida en que Trabajo social



se remita cada vez con mayor especificidad y autonomía a disciplinar a su objeto de trabajo, su objeto de intervención, necesidades y problemas sociales, y esta acción la realice explotando al máximo la riqueza interdisciplinaria de su configuración, en esa medida estará conquistando el espacio de la profesión que puede contribuir a construir las alternativas de bienestar de la sociedad y de sus miembros.

El Trabajo Social por un lado busca el mejoramiento de la calidad de vida del sujeto más aún cuando éste se enfrenta a situaciones de crisis. La Tanatología por el otro, busca que acontecimientos como la pérdida, la muerte y el duelo (situaciones de crisis) sean para el sujeto (en este caso el adolescente) menos estresantes y temidas, y las cuales sean posibles de enfrentar, superar y generar experiencias positivas para el desarrollo biopsicosocial del adolescente.

Por lo tanto es importante abrir el panorama de intervención del Trabajo Social y voltear a ver aquellas disciplinas con las cuales pueda involucrarse para poder adquirir nuevos conocimientos y enriquecer los ya propios. Cuando se trata de aspectos poco tratados como lo es la muerte, la experiencia suele ser más beneficiosa porque son campos menos explotados los cuales dan la oportunidad de proponer, de innovar y sobre todo intervenir en aspectos que requieren de este tipo de intervención pero que pocas veces son analizados, como lo es la relación adolescencia y los procesos de pérdidas, muerte y duelo, tema tratado y que dentro de las muchas conclusiones arroja las siguientes:

- La adolescencia es una etapa de crisis donde los cambios biopsicosociales que se sufren son en términos tanatológicos pérdidas y duelos la mayoría de ellos no perceptibles y que sin lugar a dudas generan una crisis mucho mayor a la de la misma etapa.
- Las pérdidas son diversas y éstas son alteraciones, que si se saben tratar a pesar de ser ejes de crisis y desequilibrio pueden terminar en un equilibrio más estable y favorecedor para el adolescente.



- La muerte, es un hecho real e innegable, pero uno de los más negados por la razón inconsciente del hombre y aún más en la etapa adolescente. Cuando ésta confronta puede ser: un hecho desgarrador que genera en el hombre una crisis de tal magnitud que puede manifestarse en trastornos mentales (aunque no está clasificada como tal).
- El duelo es un proceso doloroso pero necesario y útil en la cicatrización de las pérdidas y que hace posible ese equilibrio después de la crisis.
- La Tanatología permite vivenciar los aspectos de la pérdida, la muerte y el duelo de una manera en que estos sean vistos como aspectos necesarios para revalorar la vida y la muerte. El objetivo es entonces educar para la vida pero sobre todo para la muerte.

En lo que respecta a Trabajo Social las conclusiones radican en que se debe:

- Ampliar las áreas de intervención donde la Tanatología es una valiosa alternativa.
- Generar un trabajo profesional más interdisciplinario sin perder de vista las funciones propias de Trabajo Social.
- Aplicar conocimientos, métodos, técnicas e instrumentos propios aunados a otros de diferentes disciplinas para poder intervenir de una manera más integral ante procesos de pérdida, muerte y duelo no resueltos.
- Promover Trabajadores Sociales con formación Tanatológica.

A partir de los casos a los que fue aplicada la GETTS, se pudo verificar que la utilización de ésta fue de gran relevancia debido a su diseño, ésta permite obtener datos de importancia para poder lograr la detección, diagnóstico y tratamiento de casos de pérdida, muerte y duelo no resueltos, debido a que permite:

- a). La investigación de:
 - Datos personales
 - La estructura familiar (familia de origen)



- b). La investigación de la estructura familiar (familia actual de ser el caso)
- c). Esquematizar la estructura familiar (mediante el uso del familiograma)
- d). La investigación especificada del conflicto o problema tanatológico en cuanto: tipo, consecuencias en los ámbitos; individual, familiar, social, escolar y laboral, intentos de solución, etapas de duelo en la que se encuentra, riesgo de suicidio, riesgo al consumo de drogas, recursos personales y humanos con los que cuenta y fortalezas y debilidades.
- e). Observaciones
- f). Diagnóstico
- g). Tratamiento

A partir de la aplicación de la GETTS, se puede afirmar que el uso de una guía de detección, diagnóstico y tratamiento de casos de pérdida, muerte y duelo no resueltos hacen más fácil la intervención del Trabajo Social en el área tanatológica, su aplicación en los casos expuestos en la presente tesis llevó a las siguientes conclusiones:

- La percepción inicial del problema tanatológico por parte del paciente permite observar una negación del mismo, así como una desvalorización del problema, cuestión que hace más complicado el reconocimiento del conflicto.
- Cuando se realiza la aplicación de la guía dentro de una institución el paciente no tiene una percepción real de su situación ya que comparte su problema con el de los otros pacientes e incluso lo compara con aquellos problemas superiores al suyo.*
- La aplicación de la GETTS, se debe realizar en dos momentos, uno en el instante en que el paciente solicite la atención y otro tiempo después de haber realizado la intervención.

* Observación que se dedujo de la aplicación de la GETTS en el hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes, a una paciente con quemaduras en el rostro, en la cual no se observó ninguna afectación emocional por su problema, ya que en la misma habitación se encontraban personas con quemaduras más graves.



De aquí la importancia de proponer la aplicación de la GETTS en casos de adolescentes que se encuentran ante procesos de pérdida, muerte y duelo no resueltos, así como dejar abierta la posibilidad de poder perfeccionar dicha guía con la finalidad de que aporte mejores resultados a partir de su aplicación.

En ésta medida lo imprescindible es reconocer la importancia de generar nuevas propuestas de intervención en Trabajo Social para que el quehacer de éste no se vea limitado, y lejos de sobreexplotar temas comunes de intervención se generen nuevas alternativas que como ya se mencionó son oportunidades de innovar proponer e intervenir en problemas sociales poco tratados por el Trabajo Social.



ANEXOS



**GUÍA ECLÉCTICA TANATOLÓGICA
PARA TRABAJADORES SOCIALES GETTS
EN LA DETECCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
DE CASOS
EN PROCESOS DE PÉRDIDA, MUERTE Y DUELO**



OBJETIVO: Detectar los casos de adolescentes con alguna problemática bio-psico-social consecuencia de una pérdida, muerte o duelo.

INSTRUCCIONES: Marque con una X las respuestas que se indican.

I. DATOS PERSONALES

| | | | |
|---------------------|-------|-----------|-------|
| Nombre | _____ | Edad | _____ |
| Escolaridad | _____ | Ocupación | _____ |
| Estado Civil | _____ | Religión | _____ |
| Lugar de nacimiento | _____ | | |
| Lugar de residencia | _____ | | |

II. DATOS FAMILIARES

1. Familia de Origen
a) Integrantes de la familia de origen

| DATOS | PADRE | MADRE |
|-----------------------|-------|-------|
| Nombre | | |
| Edad | | |
| Escolaridad | | |
| Ocupación | | |
| Estado Civil | | |
| Religión | | |
| Lugar de nacimiento | | |
| Lugar de residencia | | |
| Finado (año y causa) | | |



| DATOS | Hermanos | | | | Abortos de la madre | |
|-----------------------|----------|--|--|--|---------------------|-------|
| | | | | | Tipo | Fecha |
| Nombre | | | | | Espontáneo | |
| Edad | | | | | | |
| Escolaridad | | | | | | |
| Ocupación | | | | | Inducido | |
| Estado Civil | | | | | | |
| Religión | | | | | | |
| Lugar de nacimiento | | | | | Causa | |
| Lugar de nacimiento | | | | | | |
| Lugar de residencia | | | | | | |
| Finado (año y causa) | | | | | | |

| DATOS | Otros familiares o amigos con quien comparte el hogar | | | | |
|-----------------------|---|--|--|--|--|
| Parentesco | | | | | |
| Nombre | | | | | |
| Edad | | | | | |
| Escolaridad | | | | | |
| Ocupación | | | | | |
| Estado Civil | | | | | |
| Religión | | | | | |
| Lugar de nacimiento | | | | | |
| Lugar de residencia | | | | | |
| Finado (año y causa) | | | | | |

b) Unión de los Padres (Marque con una X)

| Unión de los Padres | | | | | | |
|---------------------|-------------|-------|-------------------|-------------|------------|----------|
| | Matrimonio | | | Unión libre | Separación | Divorcio |
| | Padre/Madre | Civil | Civil y Religioso | | | |
| 1ª Relación | | | | | | |
| 2ª Relación | | | | | | |
| 3ª Relación | | | | | | |

c) Tipo de relación (Marque con una X)

| Relación | Padres | Padres- Hijos | Hermanos | Observaciones |
|-------------|--------|---------------|----------|---------------|
| Positiva | | | | |
| Negativa | | | | |
| Ambivalente | | | | |
| Alianzas | | | | |



d) Ciclo Vital de la familia de origen (Según Lauro Estrada Inda) (Marque con una X)

| Fase | Observaciones |
|-----------------|---------------|
| Desprendimiento | |
| El encuentro | |
| Los hijos | |
| La adolescencia | |
| El reencuentro | |
| La vejez | |

e) Como se une o separa la familia de origen (Marque con una X)

| Los miembros se unen | | Los miembros se separan | |
|----------------------|--|-------------------------|--|
| Nacimiento | | Separación | |
| Adopción | | Divorcio | |
| Noviazgo | | Extravío | |
| Matrimonio u otro | | Muerte | |

d) Sucesos importantes de la familia de origen (Marque con una X)

| Suceso | Paciente | Familiar o amigo | Causas o padecimiento | Fecha |
|------------------------|----------|------------------|-----------------------|-------|
| Enfermedad Física | | | | |
| Enfermedad Psicológica | | | | |
| Separación o muerte | | | | |

2. Familia actual

a) Integrantes de la familia actual

| DATOS | ESPOSO (a) | HIJOS | Abortos | |
|----------------------|------------|-------|------------|-------|
| | | | Tipo | Fecha |
| Nombre | | | Espontáneo | |
| Edad | | | | |
| Escolaridad | | | | |
| Ocupación | | | Inducido | |
| Estado Civil | | | | |
| Religión | | | | |
| Lugar de nacimiento | | | Causa | |
| Lugar de residencia | | | | |
| Finado (año y causa) | | | | |



| DATOS | Otros familiares o amigos con quien comparte el hogar | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|--|
| Parentesco | | | | | |
| Nombre | | | | | |
| Edad | | | | | |
| Escolaridad | | | | | |
| Ocupación | | | | | |
| Estado Civil | | | | | |
| Religión | | | | | |
| Lugar de nacimiento | | | | | |
| Lugar de residencia | | | | | |
| Finado (año y causa) | | | | | |

b) Unión conyugal (Marque con una X)

| Unión del paciente | | | | | |
|---------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------|-------------------|-----------------|
| | Matrimonio | | Unión libre | Separación | Divorcio |
| | Civil | Civil y Religioso | | | |
| 1ª Relación | | | | | |
| 2ª Relación | | | | | |
| 3ª Relación | | | | | |

c) Tipo de relación (Marque con una X)

| Relación | Pareja | Hijos | | | |
|-----------------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | | 1º Hijo | 2º Hijo | 3º Hijo | 4º Hijo |
| Positiva | | | | | |
| Negativa | | | | | |
| Ambivalente | | | | | |
| Alianzas | | | | | |

d) Ciclo Vital de la familia actual (Marque con una X)

| Fase | | Observaciones |
|-----------------|--|----------------------|
| Desprendimiento | | |
| El encuentro | | |
| Los hijos | | |
| La adolescencia | | |
| El reencuentro | | |
| La vejez | | |



e) Como se une o separa la familia actual (Marque con una X)

| Los miembros se unen | | Los miembros se separan | |
|----------------------|--|-------------------------|--|
| Nacimiento | | Separación | |
| Adopción | | Divorcio | |
| Noviazgo | | Extravío | |
| Matrimonio | | Muerte | |

d) Sucesos importantes de la familia actual (Marque con una X)

| Suceso | Paciente | Familiar o amigo | Causas o padecimiento | Fecha |
|------------------------|----------|------------------|-----------------------|-------|
| Enfermedad Física | | | | |
| Enfermedad Psicológica | | | | |
| Separación o muerte | | | | |

III. FAMILIOGRAMA



IV. SOBRE EL CONFLICTO O PROBLEMA

a) NATURALEZA

Motivo de Consulta _____

Tiempo aproximado que tiene presente el problema _____

Posibles causas _____

b) Tipo de problema tanatológico actual (Marque con una X)

| | | | | | | | |
|----------------|-------------------|-----------------|-----------------|------------------|---------------|-------------------|-------------|
| | Separación | Extravío | Abandono | Secuestro | Muerte | Enfermedad | Otra |
| PERDIDA | | | | | | | |

| | | | | |
|---------------|----------------|------------------|-----------------|-------------|
| | Natural | Repentina | Esperada | Otra |
| MUERTE | | | | |

| | | | | |
|--------------|-------------------|---------------|----------------|-------------|
| | Anticipado | Actual | Crónico | Otro |
| DUELO | | | | |

c) Cambios en la dinámica familiar a partir del problema tanatológico (Marque con una X)

| Dinámica familiar | | Observaciones |
|--------------------------|--|----------------------|
| Relaciones | | |
| Roles | | |
| Comunicación | | |
| Autoridad | | |
| Limites | | |
| Valores | | |

d) Cambios en alguno de los siguientes ámbitos a partir del problema tanatológico (Marque con una X)

| Ámbito Social | | Observaciones |
|----------------------|--|----------------------|
| Estado de ánimo | | |
| Escolar | | |
| Laboral | | |



e) Intentos de solución (Marque con una X)

| | Paciente | Familiar / Parentesco | Amigo | Otro |
|---------------------------|----------|-----------------------|-------|------|
| Quien ha hecho intentos | | | | |
| Quienes están interesados | | | | |
| Que intentos han hecho | | | | |

f) Según su estado de ánimo se encuentra en la etapa del duelo: (Marque con una X)

| Etapas según Alfonso Reyes Zubiría | | Observaciones |
|------------------------------------|--|---------------|
| Depresión | | |
| Rabia | | |
| Perdón | | |
| Aceptación | | |

g) Pensamientos de muerte a causa de la tristeza que siente (Marque con una X)

| | |
|--------------------|--|
| Nunca | |
| Poco frecuente | |
| Muy frecuentemente | |

h) Consumo de alguna sustancia para no sentirse mal a causa de la pérdida

Si _____
No _____

i) Las sustancias que consume son: (Marque con una X)

| | |
|-------------------------------------|--|
| Administradas por algún médico | |
| Automedicadas | |
| Sustancias como el alcohol o drogas | |

j) Cuando se siente mal acude a: (Marque con una X)

| | | |
|----------------|--|------------------|
| Un familiar | | Parentesco _____ |
| Un amigo | | |
| Un profesional | | |



INSTRUCTIVO:

La guía esta integrada por siete rubros los cuales están contemplados como los principales indicadores que permiten tener los datos necesarios para llevar acabo la detección, diagnostico y tratamiento del caso en estudio. Los rubros son:

- I. Datos personales: Permiten obtener los datos de identificación del paciente, como lo es: nombre, edad, escolaridad, ocupación, estado civil, religión, lugar de nacimiento y de residencia.
- II. Datos familiares: lo que constituye la información sobre sus integrantes sean familiares o no (datos personales de cada uno), numero de uniones, tipo de relaciones, ciclo vital, tipo de unión y separación de los miembros y sucesos importantes de la familia, estos datos se obtienen tanto de la familia de origen como de la familia actual.
- III. Familiograma: el cual tiene la finalidad de que con los datos obtenidos del rubro II se logre esquematizar la dinámica familiar.
- IV. Conflicto o problema: en este se registran la naturaleza del problema, tipo de problema tanatológico, cambio en la dinámica familiar y social a partir del problema tanatológico, la percepción del conflicto, los intentos de solución, el estado de animo tomando en cuenta las fases del proceso de duelo, el riesgo al suicidio, la probabilidad del uso de drogas, los recursos sociales con los que cuenta el paciente.
- V. Observaciones: donde se puede registrar cualquier observación anexa a la ya registrada o no en los rubros anteriores, así como puntos de vista del profesional, los cuales pueden completar la información obtenida.
- VI. Diagnostico: en este se puede registrar lo que se cree es la situación actual del problema, causas, consecuencias e hipótesis sobre el mismo.
- VII. Tratamiento: registrar aquí las posibles medidas a tomar para poder intervenir en la solución del conflicto.



Para la comprensión y aplicación de la GETTS*, es necesario que el profesional cuente con ciertos conocimientos que son requeridos para la mejor utilización de la guía así como para obtener mejores resultados de la misma.

Dichos conocimientos básicos son los siguientes.

- Familia, tipos de familia
- Dinámica familiar
- Diseño del Familiograma
- Fases del ciclo vital (Consultar bibliografía de Lauro Estrada Inda)
- Tipos de pérdidas
- La muerte y tipos de muerte
- Fases e importancia del duelo (Kùbler Ross, Reyes Zubiría, Bowlby, Bucay, O'conor, Isa Fonnegra)
- Mecanismos de defensa
- Tanatología
- Principales trastornos derivados del proceso de muerte

Se recomienda que para obtener mejores resultados de la GETTS, se realice una aplicación inmediata de la guía al solicitar la atención al problema tanatológico, así como el realizar el diagrama de la margarita con los resultados obtenidos de dicha atención y en tiempo posterior se vuelva aplicar la guía para poder comparar la percepción inicial y la actual del paciente a su problema y de igual forma hacer un análisis del avance de la intervención.

* La GETTS fue revisada por el Lic. Rafael López Alonso, profesor de la asignatura de Teoría Social de la ENTS- UNAM.



HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL
DR. JUAN N. NAVARRO
TRABAJO SOCIAL

DIAGNOSTICO UBICADO EN EL EJE IV DEL DSM IV
PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES 2006

Instrumento confeccionado por la Lic. Volkens con el equipo de Trabajo Social, cambios efectuados por Lic. López Olmedo

INSTRUCCIONES: De acuerdo con la información marcar con un número el nivel de gravedad; leve = 3 moderado = 2 y grave = 1. Dentro de los cuadros, y **ASEGURESE DE NO MARCAR LOS CUADROS SOMBREADOS.**

| A) PROBLEMAS RELATIVOS A LA FAMILIA O GRUPO PRIMARIO. | P.I 1,2,3 | Fam 1,2,3 | T.S |
|---|----------------------------|----------------------------|------------|
| 1. Por duelo por: separación (desprendimiento inesperado), abandono de los padres o tutores, abandono de la pareja, divorcio necesario, secuestro, extravío o muerte de un ser querido y que impacta al paciente como a la familia. | | | |
| 2. Por pérdida por separación, divorcio, desprendimiento voluntario de pareja u otro miembro. | | | |
| 3. Por antecedentes heredofamiliares (física o mental) | | | |
| 4. Por cambio de composición familiar por nacimiento, llegada, separación o ausencia de algún miembro de la familia. Padres sustitutos u hogares sustitutos. | | | |
| 5. Por Reconstitución de la familia (existencia de padrastro o madrastra, hermanastros) | | | |
| 6. Por existencia de roles disfuncionales como: roles periféricos, roles idiosincráticos, roles difusos. | | | |
| 7. Por problemas en la organización del hogar: límites, normas o reglas caóticas, control rígido, reglas y límites incoherentes. | | | |
| 8. Por Violencia familiar (Intergeneracional de origen, conyugal o marital, parental, fraternal | | | |
| 8.1 Interferencia hostil de las familias de origen paterno o materno (físico, verbal, psicológico) | | | |
| 8.2. Violencia conyugal o marital (físico, psicológico o psicoemocional, sexual) | | | |
| 8.2.1. Violencia emocional y sexual: Adulterio, amasiato, relaciones fortuitas, concubinato, incesto, bigamia, celotipia, violación, promiscuidad otro. | | | |
| 8.3 Maltrato infantil (físico, psicológico, psicoemocional o sexual – al paciente u otro menor en la familia-) | | | |
| 8.3.1. Abuso sexual, violación, incesto, estupro, seducción, promiscuidad, sobreestimulación sexual (deliberada o no deliberada) | | | |
| 8.4 Violencia fraternal (física, psicológica, sexual o emocional) | | | |
| 8.4.1. Sexual: Abuso sexual, juego sexual, promiscuidad, otro. | | | |
| 9. Por mecanismos atoradores como: excesivo sentimiento de culpa, excesiva sobreprotección, excesivo sentimiento de temor; excesivo sentimiento de odio; excesivo sentimiento de infelicidad; otros. | | | |
| 9.1 Excesivo sentimiento de culpa o sobreprotección a los hijos o al hijo por: embarazo o parto con complicaciones; idea o intento de aborto; por adopción; por enfermedad grave; por peligro de muerte; por maltrato; otros. | | | |
| 10. Por padecimiento crónico o crónico degenerativo (postraumático, congénito o hereditario), tanto en el paciente como en algún integrante de la familia. | | | |
| 11. Por mecanismos de defensa predominante agudos en la familia: negación, proyección, intelectualización, racionalización, otros. | | | |
| 12. Por autoestima deteriorada en la familia o algún miembro de la familia que limita recursos resilientes. | | | |

RUBRO 8: 0-5=1

GRAVE 1-15

6-9= 2

MODERADO 16-30

10-12= 3

LEVE 31- 45



| B) PROBLEMAS RELATIVOS AL AMBIENTE SOCIAL. | P.I. | Fam | T.S. |
|--|-------------|------------|-------------|
| 1. Por sentimientos de rechazo hacia el paciente o la familia | | | |
| 2. Por desadaptación cultural (indigencia y cambios constantes de residencia) | | | |
| 3. Por discriminación hacia la familia o el paciente por instituciones o la comunidad. | | | |
| 4. Por conflictos con niños en condición de calle (grupo primario) | | | |
| 5. Por fanatismo religioso o pensamiento mágico (religioso, satánico o esotérico que limita la atención) | | | |
| 6. Por conflictos con vecinos (violencia, interferencia, hostigamiento, abuso sexual, violación) | | | |
| 7. Por la interferencia de asociaciones delictuosas (bandas, sectas, mafias, narcotráfico, otro) | | | |
| 8. Por Insalubridad pública (falta de servicios sanitarios y urbanos básicos) | | | |

GRAVE 1-8

MODERADO 9 - 16

LEVE 17- 24

| C) PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES | P.I. | Fam | T.S. |
|---|-------------|------------|-------------|
| 1. Por consecuencias psicológicas por desastres naturales: sismos, huracanes, inundaciones, deslaves, torrenciales, otro. (pérdidas humanas, materiales, otro.) | | | |
| 2. Por enfrentamiento a hostilidades o violencia pública (asaltos, secuestro, violación, homicidio, atentado, otro.) | | | |
| 3. Por enfrentamientos nacionales e internacionales (motines, guerras, guerrillas, otro) | | | |
| 4. Por conflictos con cuidadores no familiares o responsables legales (hogares, guarderías, albergues, institutrices, nanas o maestros particulares) | | | |

GRAVE 1-4

MODERADO 5 - 8

LEVE 9- 12

| D) PROBLEMAS RELATIVOS A LA ENSEÑANZA | P.I. | Fam | T.S. |
|--|-------------|------------|-------------|
| 1. Analfabetismo o deficiencia mental de los padres. | | | |
| 2. Por bajo rendimiento escolar (reprobación, distractibilidad, ausencias escolares, deficiencia intelectual, otros.) | | | |
| 3. Por problemas de conducta (Fugas escolares, agresividad con compañeros, agresividad hacia los profesores o autoridades, otro) | | | |
| 4. Por problemas de adaptación al ambiente escolar (aislamiento, ansiedad, fobia) | | | |
| 5. Por límites o normas escolares inadecuados (caóticos, rígidos, otro) | | | |
| 6. Por Maltrato escolar (estigmatización, discriminación, abuso se autoridad, castigos agresivos, devaluación, expulsión inmotivada, otros,) | | | |
| 7. Porque el grado de escolaridad no corresponde al nivel de capacidad intelectual. | | | |

GRAVE 1-7

MODERADO 8 - 14

LEVE 15 - 21

| E) PROBLEMAS LABORALES | P.I. | Fam | T.S. |
|--|-------------|------------|-------------|
| 1. Por desempleo o subempleo (renuncia, despido, jubilación, pensión, quiebra, discapacidad, indemnización, incapacidad). | | | |
| 2. Por Trabajo estresante (violencia u hostilidad laboral, acoso sexual, alto riesgo, distancia, por cargo, puesto, sobreexplotación). | | | |
| 3. Por insatisfacción laboral (no tiene relación con el nivel de estudios o profesión, ingresos debajo de las expectativas) | | | |
| 4. Por Trabajo ilegal o clandestino (maquiladora domestica, piratería, otro) | | | |
| 5. Por Economía subterránea (ambulante) | | | |

GRAVE 1-5

MODERADO 6 - 10

LEVE 11- 15



| F) PROBLEMAS DE VIVIENDA | P.I. | Fam | T.S |
|---|-------------|------------|------------|
| 1. Por falta de vivienda (terreno baldío, cueva, calle, albergue) | | | |
| 2. Por insalubridad de Vivienda o vecindad | | | |
| 3. Por la ubicación de vivienda en zona marginada | | | |
| 4. Por indefinición de la tenencia de la tierra o vivienda (hipotecada, intestada, federal, ejidal, otro) | | | |
| 5. Por hacinamiento y/o promiscuidad | | | |
| 6. Por Uso inadecuado de la vivienda (casa escuela, casa prostíbulo, bodega, corral otro) | | | |
| 7. Por la deficiencia en el espacio vital (no llegando al hacinamiento) | | | |

GRAVE 1-7

MODERADO 8 - 14

LEVE 15 - 21

| G) PROBLEMAS ECONOMICOS | P.I. | Fam | T.S |
|--|-------------|------------|------------|
| 1. Por Pobreza extrema (no hay ingresos ni para la alimentación básica) | | | |
| 2. Por desempleo o salario deficiente | | | |
| 3. Por actitud periférica o evasiva del proveedor económico | | | |
| 4. Por Ayudas económica insuficientes (pensiones, indemnizaciones o alimentarias) | | | |
| 5. Por Ingreso deficiente para gastos prioritarios como alimento, vestido y vivienda | | | |

GRAVE 1-5

MODERADO 6 - 10

LEVE 11- 15

| H) PROBLEMAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA SANITARIA | P.I. | Fam | T.S |
|--|-------------|------------|------------|
| 1. Por Servicios médicos inadecuados o insuficientes (carencia de infraestructura y servicios) | | | |
| 2. Por Diagnóstico erróneo (mal manejo del expediente, desconocimiento, otro) | | | |
| 3. Por Tratamiento médico penalizado (negligencia, iatrogenia) | | | |
| 4. Por Desconocimiento del padecimiento y/o servicios institucionales | | | |
| 5. Por Falta de recursos económicos, humanos, infraestructura y científicos para la atención del paciente. | | | |

GRAVE 1-5

MODERADO 6 - 10

LEVE 11- 15

| I) PROBLEMAS RELATIVOS CON EL SISTEMA LEGAL O EL CRIMEN | P.I. | Fam | T.S |
|---|-------------|------------|------------|
| 1. Por inclusión en una asociación delictuosa | | | |
| 2. Por Detención por infracción, robo, evasión de impuestos, fraude, otro. | | | |
| 3. Por reclusión en centros de readaptación social o penitenciarios | | | |
| 4. Por Libertad condicionada | | | |
| 5. Por Denuncia por violencia familiar (violación, homicidio, abuso sexual o violación, otro. | | | |
| 6. Por desconocimiento del proceso legal (sus derechos) | | | |
| 7. Demanda por divorcio, patria postestad, tutela, custodia, pensión alimenticia o bienes. | | | |
| 8. Incumplimiento de las determinaciones legales en caso de divorcio | | | |
| 9. Demanda a los servicios públicos de salud (negligencia, iatrogenia, abuso de autoridad, soborno, otros.) | | | |

GRAVE 1-9

MODERADO 10 - 18

LEVE 19- 27

| I) PROBLEMAS NO CONTEMPLADO EN LOS ANTERIORES INCISOS | P.I. | Fam | T.S |
|--|-------------|------------|------------|
| 1. Por | | | |
| 2. Por | | | |
| 3. Por | | | |

GRAVE 1-3

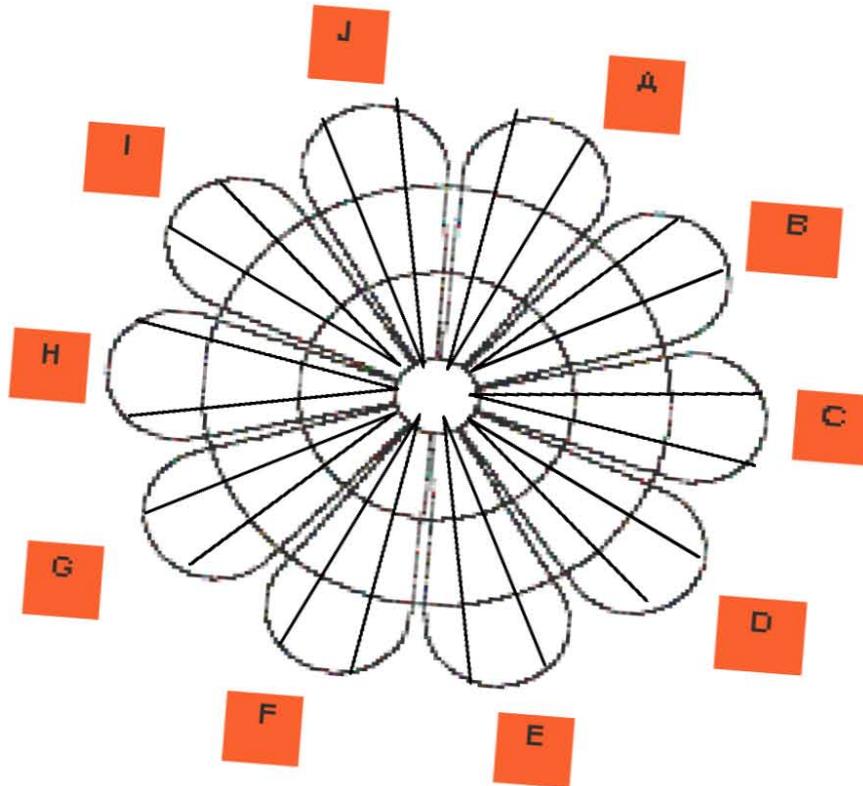
MODERADO 4 - 6

LEVE 7- 9

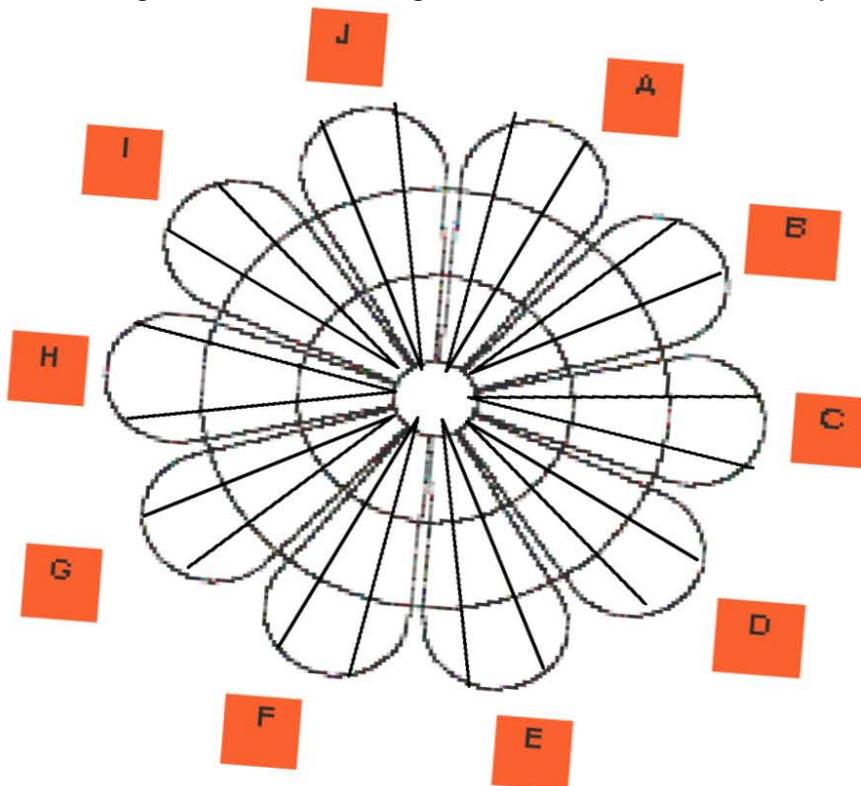


**DIAGRAMA MARGARITA PARA VISUALIZACION DE NIVELES EJE IV DSM IV
PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES**

Llenado de la margarita en la entrevista de valoración psicosocial



Llenado de la margarita durante el seguimiento en la intervención y tratamiento.





BIBLIOGRAFÍA



BIBLIOGRAFÍA

1. Asen K, Eia, y Tomson, Piter, *Intervención Familiar, guía práctica para los profesionales de la salud*, Ed. Paidos, Barcelona España, 1997.
2. Berestein, Isidoro, *Familia y enfermedad mental*, Ed. Paidos, Buenos Aires 1998.
3. Bordin, Celia, *La muerte y el morir en pediatría*, Ed. Lumen, Argentina, 1997 p. 15.
4. Bowen, Murray, *De la familia al individuo. La diferenciación del si mismo en el sistema familiar*, Ed. Paidos, Barcelona 1991.
5. Bowlby, J., *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*, Ed. Morata, Madrid, 1999.
6. Camacho González, Lizbeth, et.al., *Modelos de intervención individualizada Guía para su construcción*, Laboratorio de micro enseñanzas para la construcción de modelos de intervención profesional de trabajo social. Cd. Universitaria D.F., Agosto de 1998.
7. Caplan, Gerald, *Principios de Psiquiatría preventiva*, Ed. Paidos. España 1985 p. 55.
8. Cárdenas, Eduardo José, *El cliente negocia y el abogado lo asesora; una variante poco usada en los conflictos de familia*, Ed. Lumen, Buenos Aires, México, 2004, p. 69-70.
9. Chávez, Martha Alicia, *Todo pasa y esto también pasará. La pérdida de un ser querido*, Ed. Grijalbo, México 2003.



10. Contreras F., Yolanda, *Trabajo social de grupos*. Ed. Asociación Mexicana de trabajadores sociales en el área de la salud. México, 1979, p.26.
11. Di Carlo, Enrique, et. al. *La construcción social de la familia*, Grupo EITEM, Mar de Plata, Argentina, 2002.
12. Diagnóstico psicosocial ubicado en el Eje IV del DSM IV, Derechos reservados HPI. Lic. Volkens Gaussman junto con la colaboración del equipo de T.S. (1997). Cambios efectuados por Lic. López Olmedo (1998) (2000).
13. Durkheim, Emile, *El Suicidio*, Ed. Coyoacán, México, 1995.
14. Escartín Caparrós, M^a. José, *Manual de Trabajo Social*. Aguacalera 1998. p.52.
15. Estrada Inda, Lauro, *El ciclo vital de la Familia*, México, Grijalbo, 1997, p.14.
16. Fernández, Ofelia Psicoterapeuta Compilación de material sobre el tema de "Tanatología y adolescencia de "Sinergia humana".
17. Fonnegra de Jaramillo, Isa, *De cara a la muerte*, México, Andrés Bello, 2001, p.167.
18. Foy Digeronimo Theres y Fisher, *Enseñe a sus hijos a comportarse*, ed. Vergara, España 1998
19. Frankl, Víctor, *El hombre en busca del sentido último*, Ed. Paidós, México 2000, p. 204.



20. Freud, Sigmund, *El malestar en la cultura y otros ensayos*. Alianza editorial, Madrid – México 1992.
21. Galindo, Luciano, *“Diccionario de sociología”*, Ed. Siglo XXI, 1995.
22. García, Inés, et al, (4º ESO- IES Carlos Bousoño. Majadahonda-Madrid. Mayo de 2000).
23. González Núñez, Jose de Jesús, *Sicopatología de la Adolescencia*, México, Manual Moderno, 2001.
24. Grotberg, Edith, *La resiliencia en acción*, trabajo presentado en el Seminario Internacional sobre Aplicación del Concepto de Resiliencia en Proyectos Sociales, Universidad Nacional de Lanús, Fundación Van Leer, 1997.
25. Hamilton, Gordón, *Teoría y práctica del Trabajo Social de Casos*, La prensa Médica Mexicana, México 1960.
26. Henderson Nan, Milstein Mike M., *Resiliencia en la escuela*, Ed. Paidós, Argentina, 2004 p.15
27. Hernández y Mendoza Tenorio, *Aportes teóricos desde la perspectiva psicosocial para la intervención del trabajador social psiquiátrico*. Mimeo, 1993.
28. Kübler-Ross, Elizabeth, *Sobre la muerte y los moribundos*. Grijalbo, Barcelona 1989.
29. Kübler-Ross, Elizabeth, *Una vida plena*, Vergara, Barcelona España, 2004.



30. López Olmedo, Claudia Cecilia, Compiladora, Apuntes de la asignatura de Salud Mental.
31. Lorraine, Sherr, *Agonía, muerte y duelo*, Ed. Manual Moderno, México, 1992 p. 43-44.
32. Manciaux, Michael et al, *La resiliencia: resistir y rehacerse*, Gedisa, Barcelona, 2003, p.23.
33. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV, Ed. Masson. España 1995, p.41.
34. Mayén, Beatriz, et. al. *Género y embarazo entre jóvenes*. MEXFAM, AFLUENTES, INSAD, México, 2002.
35. México, CONAPO, *Situación actual de las y los jóvenes en México. Diagnóstico Sociodemográfico*, serie documentos técnicos, CONAPO, México, noviembre de 2000.
36. México, INEGI *XI Censo General de población y Vivienda, Conteo De población y vivienda 1990,1995, 2000, XII Censo General de Vivienda 2000*. Tabulados de la muestra Censal. Cuestionario ampliado. 1990,1995, 2000. México 1992,1996, 2000. Recolección y adaptación por C. Est. Joel Fonseca León.
37. México, INEGI. Dirección General de Estadística. Dirección de Estadística de Corto Plazo. Encuesta Nacional de Empleo Urbano Recopilación y adaptación por Coord. Est. Joel Fonseca León.
38. México, INEGI Censo de población y vivienda México, 2000.
39. México, Consejo nacional contra las adicciones. Encuesta Nacional de Adicciones, 1998, México, D.F. Secretaría de Salud, 2000.



40. México, SEP. Indicadores Educativos. Subdirección de Análisis Estadístico y Presupuestal, 2000 y 2003. México, D.F.
41. México, OMS, Primer informe sobre la violencia y la salud, Octubre del 2000.
42. Monrroy, Pablo Tesis que para obtener el título de licenciado en Trabajo Social, *El genograma como instrumento esencial en la evaluación familiar para trabajo social*, México 2004, ENST-UNAM.
43. Nardone, Giorgio, et. al, *Modelos de Familia, conocer y resolver los problemas entre padre e hijos*, Ed. Herder, Barcelona 2003.
44. O' Connor, Nancy, Déjalos ir con amor. La aceptación del duelo, Ed. Trillas, México 2005.
45. Papalia, Diane E., et al, *Desarrollo Humano*, Mc Graw hill, 1992 p. 440.
46. Puerta de Klinkert, Maria Piedad, *Resiliencia la estimulación del niño para enfrentar desafíos*, Lumen Hvmnitas, Buenos Aires, México, 2002.
47. Plan de Estudios (1996), Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, México, 1996.
48. Polo Scott, Marco Antonio, *Tanatología y duelo con enfoque gestalt y humanista*, mc, México, 2004.
49. Ramírez Armendáriz, Rubén, Aprendiendo a acompañar: guía práctica de relaciones humanas para atender a familiares y pacientes que necesitan cuidados especiales, pax, México, 2001.
50. Raymond, Aron, *“Las etapas del pensamiento sociológico”*, Edit. Siglo XXI, Pp. 26.



51. Richmon, Mary, *¿Qué es el Trabajo social?*, Humanitas, Buenos aires, México, 2001.
52. Rodríguez, Pepe, *Morir es nada, Cómo enfrentarse a la muerte y vivir con plenitud*, Ediciones B, Barcelona, 2002.
53. Sánchez Rosado, Manuel, *Elementos de Salud Pública*, 2ª Edición, Ed. Méndez. México, 1994, p. 116.
54. Satir, Virginia, *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familia*, 2da. reimpresión, México, 2005.
55. Smith, Carole R., *Trabajo social con moribundos y su familia*, Ed. Pax México, México 1988.
56. Timasheff Nicholas, "La teoría sociológica", FCE, Pp. 143
57. Valero Chávez, Aída, *Trabajo social en México, desarrollo y perspectiva*, México, UNAM, 2000.
58. Wohl Jhon P. y Erickson, Susan, *Fundamentos del Desarrollo Humano*, Pax México, 1999.
59. Watzlawick, Paul J., Beavin H., Don Y Jackson D., *Teoría de la comunicación humana*, Buenos Aires, tiempo Contemporáneo, 1971.
60. <http://www.ts.ucr.ac.cr/>
61. <http://www.grupoice.com>
62. <http://www.faes.es/cursoansiedad.com>
63. www.tanatologia.com.org.mx



64. www.fisterra.com/guias2/duelo

65. www.psicologia-online.com

66. www.teoriasistemas/bertalanffy