



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN EN CRISIS DE SEGUNDO ORDEN CON TERAPIA RACIONAL
EMOTIVA PARA SUPERAR LA MUERTE DE UN FAMILIAR

TRABAJO FINAL DE DIPLOMADO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

ALMA ROSA ROMERO MORALES

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: LIC. JORGE ARTURO MANRIQUE URRUTIA

COMITÉ: MTRO. EDGAR PÉREZ ORTEGA

MTRO. JOSÉ ALBERTO MONROY ROMERO

LIC. SARA GUADALUPE UNDA ROJAS

LIC. JORGE IGNACIO SANDOVAL OCAÑA



MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedico el presente a mis padres, a Roberto y Norma que con su amor me han alentado a seguir luchando por mis sueños y metas, con quienes he aprendido que con esfuerzo se puede lograr lo que nos proponemos, por ser un aliento en mi existir.

A Arturo que con su amor ha iluminado mi vida, ha compartido sus pensamientos y sentimientos, me ha apoyado en mis malos momentos, ha celebrado mis triunfos, a ti quien eres hoy alguien importante en mi camino.

A mis amigas, que quisiera nombrar una a una, pero ya saben quienes son, a ustedes que han compartido su vida conmigo, que han estado de mil formas, que me han dado el regalo más lindo, su amistad, les doy gracias por dejarme conocerlas y por que ahora creamos nuevos sueños en conjunto.

A mis profesores, que me formaron académicamente, pero que además también influyeron en mi vida, con sus experiencias y conocimientos.

INTERVENCIÓN EN CRISIS DE SEGUNDO ORDEN CON TERAPIA RACIONAL EMOTIVA PARA SUPERAR LA MUERTE DE UN FAMILIAR

I. INTERVENCIÓN EN CRISIS

1.1 Fundamentos

1.2 Definición

1.3 Teoría de los Sistemas

1.4 Definición de familia

1.5 Ciclos Vitales de la Familia

1.5.1 Normativo

1.5.2 Alternativo

1.6 Crisis circunstanciales

1.7 Intervención en crisis de primer y segundo orden

1.8 Terapia Racional Emotiva

1.8.1 Orígenes

1.8.2 Fundamentos

1.8.3 Técnica

II. MUERTE DE UN FAMILIAR Y DUELO

2.1 Muerte de un familiar

2.1.1 Definición de muerte

2.1.2 Tipos de muerte

2.2 El duelo

2.2.1 Etapas del duelo

2.2.2. Tipos de duelo

2.2.3 El duelo ambiguo

2.2.4 Predisposiciones cognitivas que afectan a la respuesta de la pérdida

2.2.5 Un duelo sano

2.3. Cómo aplicar la terapia racional emotiva para superar la muerte de un familiar

III. CONCLUSIONES

IV. BIBLIOGRAFÍA

INTERVENCIÓN EN CRISIS DE SEGUNDO ORDEN CON TERAPIA RACIONAL EMOTIVA PARA SUPERAR LA MUERTE DE UN FAMILIAR

La muerte de un familiar es sin duda una situación que genera crisis, hoy en día existe la tanatología que es una disciplina encargada del buen vivir en circunstancias adversas, en donde se tiene como objetivo el uso de medidas para disminuir el sufrimiento físico y psicológico de los enfermos terminales, la familia y amigos a través del acompañamiento usando una visión existencialista del ser humano. En este sentido Reyes (1991), menciona que el trabajo del tanatólogo tiene diferentes objetivos: el principal será el brindarle Calidad de Vida al Enfermo Terminal, por una parte y por otra ayudarlo a que llegue a una real aceptación de su propia muerte, para que viva con dignidad y en paz. Otro objetivo, igualmente importante, es la ayuda a los Familiares y Amigos cercanos del Enfermo Terminal. A ellos, el tanatólogo debe de tratarlos para que a lo largo de la enfermedad del ser querido, conserven su personal Calidad de vida, mejoren la calidad de las relaciones interpersonales, se preparen para el momento de la muerte del ser querido y lo dejen morir en paz.

Pero hay veces que tras la muerte del ser querido, el proceso del duelo continua, más aún cuando la muerte llega a ser repentina, en este caso como dice Slaikeu (1988), el duelo es de mayor gravedad, pues la muerte no fue anticipada, pero trabajando apropiadamente a través del proceso de duelo, se presume la posibilidad de prevenir una inadaptación en la vida posterior. Cualquier intervención dirigida a asistir a la gente en el manejo de las crisis es un hecho importante, puesto que puede prevenir psicopatologías.

Por lo anterior surge el interés y la importancia de ayudar a superar la muerte de un familiar a fin de prevenir crisis posteriores o patologías. Bowlby (1980), considera que es un problema penoso el que debe de afrontar toda persona que ha perdido a un ser amado, por lo que, hay que establecer en qué puntos del proceso del duelo las variables patológicas se apartan de las normales y saludables. La alternativa y objetivo es que el individuo crea que su pérdida es definitiva, al principio es difícil que alguien pueda permanecer mucho tiempo en esta idea, así que queda la tarea de resolver el problema. La manera en la que el individuo lo haga influirá en el desenlace de su duelo: irá reconociendo poco a poco las cambiadas circunstancias de su vida, modificará sus modelos representacionales y redefinirá las metas de su vida, o bien se encaminará hacia un estado de desarrollo suspendido, en cual queda preso a causa de un problema que no puede resolver. En este último caso es importante que la persona que no ha resuelto de manera favorable su crisis sea

apoyada de manera terapéutica. El presente trabajo ofrece una propuesta de cómo ayudar a superar la muerte de un familiar, con la intervención en crisis de segundo orden usando la Terapia Racional Emotiva (TRE).

El porque utilizar este enfoque se debe al hecho de ser breve, además por que los terapeutas son más activos, directivos y orientados hacia la meta, que en situaciones de no crisis. El hecho de que el tiempo sea corto, tiene como consecuencia que los terapeutas se conviertan en participantes activos para tener acceso a las dificultades, las necesidades inmediatas y de los recursos de ayuda. La intervención involucra tres áreas generales: 1) establecer o facilitar la comunicación (entre las personas en crisis, otros significantes, instituciones, etc.), 2) ayudar al individuo o familia que perciban correctamente la situación (con un enfoque sobre sucesos concretos, sus significados y posibles resultados) por último, 3) ayudarlos en el manejo de sentimientos y emocionales de manera franca. (Slaikeu 1988).

Ahora bien, utilizar la terapia racional emotiva se apoya en el hecho de que las personas tienen ciertas creencias irracionales, las cuales se forman sobre las crisis o sucesos que experimentan en su vida, al respecto Ellis (1999), dice que las creencias irracionales ayudan a crear sentimientos y acciones que sabotean a las personas de la posibilidad de afrontar un determinado **A** desagradable, suelen consistir en afirmaciones absolutistas del tipo *debería de, tendría que, tengo que*, además de las lógicas pero destructivas y denigrantes irracionalidades que por lo general acompañan a estos debos. Por ende es importante que las personas identifiquen sus creencias irracionales, pues de ellas dependerá la manera en la que actúan.

Recapitulando, la muerte de un familiar es una situación de crisis, la cual cambiará la vida de las personas que la viven, si posteriormente no se logra superar de manera exitosa será importante que la persona sea apoyada de manera terapéutica, para lo cual se propone usar la terapia racional emotiva.

Resumen

El presente es una propuesta para superar la muerte de un familiar con intervención en crisis de segundo orden con terapia racional emotiva.

El marco teórico está dividido en dos apartados, el primero es Intervención en crisis, en él se habla de los fundamentos, su definición, la teoría de los sistemas, la definición de familia, los ciclos vitales de la Familia: normativo y alternativo, las crisis circunstanciales, la intervención en crisis de primer y segundo orden, en este apartado se incluye a la Terapia Racional Emotiva, la cual es la técnica que se sugiere ocupar para superar la muerte de un familiar, en este punto se conocerían sus orígenes, fundamentos y la Técnica.

El segundo apartado se titula: La muerte de un familiar y duelo, en él se aborda: la muerte de un familiar, definición de muerte tipos de muerte, el duelo, etapas del duelo, tipos de duelo, el duelo ambiguo, predisposiciones cognitivas que afectan a la respuesta de la pérdida, un duelo sano y finalmente cómo aplicar la terapia racional emotiva para superar la muerte de un familiar

I. INTERVENCIÓN EN CRISIS

El que acepta sufrir, sufrirá la mitad de la vida; el que no acepta sufrir, sufrirá durante su vida entera.

CONFUCIO

1.1 Fundamentos

Moss (Citado en Slaikeu, 1988), menciona que son cuatro las influencias teóricas en la teoría de la crisis:

- 1) *La teoría de Charles Darwin sobre la evolución y la adaptación de los animales a su ambiente:* La idea de Darwin de la supervivencia es el esfuerzo de los más aptos para la lucha por la existencia de organismos vivos en relación con su medio. Las ideas de Darwin sugieren el desarrollo de la ecología humana cuya hipótesis característica, es que la comunidad humana tiene mecanismo adaptativo esencial en los hombres y con su medio.
- 2) *La teoría psicológica:* La conducta humana es intencional y está constantemente dirigida hacia logros y propósitos reestructurales. Este último concepto es un punto esencial de las teorías en las que se completa la crisis como el momento en que se bloquean los propósitos o se vuelven súbitamente inalcanzables.
- 3) *El enfoque de Erikson del desarrollo del ciclo de la vida:* Desde su punto de vista cada una de las ocho etapas proveen un nuevo reto, transición o crisis, que a su vez proporcionan una alternativa.
- 4) *Datos empíricos:* Sobre cómo los humanos abordan el estrés extremo de la vida.

Slaikeu (1988), menciona que a finales de 1940 la intervención en crisis tuvo un enfoque preventivo, pues los voluntarios de las líneas telefónicas de urgencias estaban entrenados para la prevención de cometer suicidio a quienes llamaban.

Respecto a la prevención ésta puede tomar tres formas según Bloom y Caplan (1977, 1964, citados en Slaikeu 1988):

- a) *La prevención primaria:* Dirigida a la reducción de incidencia de trastornos .
- b) *La prevención secundaria:* Reducir los efectos dañinos ocurridos.
- c) *La prevención terciaria:* Reparar el daño hecho después que el suceso original se ha presentado.

Dentro de este contexto, la intervención en crisis es prevención secundaria pues tiene lugar después de que los sucesos críticos han ocurrido.

1.2 Definición

Slaikau (1988), menciona que la intervención en crisis puede entenderse como una estrategia circunscrita a estrategias de mejoría (prevención primaria) antes de que ocurran los sucesos críticos de la vida y las estrategias para el tratamiento (prevención terciaria) administrándose oportunamente después de que los sucesos críticos y sus consecuencias hayan sucedido. La intervención en crisis es un proceso terapéutico a corto plazo que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato, y dirige la resolución de la crisis.

Otra de las teorías que influyeron en la teoría de la crisis es la de la teoría de los sistemas, en cuanto al sistema familiar, pues según Slaikau (1988), los sistemas están continuamente unidos en transacciones uno con otro. La conducta de un individuo afecta a su familia, amigos y viceversa. Del mismo modo, las familias afectan a las comunidades y las comunidades a las familias y así, sucesivamente. En el siguiente apartado abordaremos un poco la teoría general de los sistemas.

1.3 Teoría de los Sistemas

La teoría general de los sistemas, habla de dos tipos de sistemas, basándose en el modelo físico, a saber:

- Sistemas abiertos: todo organismo viviente es un sistema abierto, que se mantiene en constante incorporación y eliminación de materia, construyendo, descomponiendo, etc., sin alcanzar un estado de equilibrio químico o termodinámico (la tendencia del *metabolismo*). Los sistemas abiertos intercambian materia con el mundo circundante, mediante la importación y exportación, constitución y degradación de sus componentes materiales; siendo que el sistema permanece, a pesar de ello, en una constante composición, a diferencia de los sistemas cerrados. Si se alcanza un estado uniforme en el sistema abierto, es independiente de las condiciones iniciales, determinado solo por parámetros del sistema, lo que es la equifinalidad.
- Sistemas cerrados: son sistemas que se consideran aislados, del medio circundante, donde la entropía (magnitud térmica) aumenta hasta el máximo, acabándose este proceso cuando se logra un estado de equilibrio; la entropía está relacionada con el desorden, y la tendencia a mayor entropía sugiere un mayor desorden. Pero, en los sistemas cerrados es positiva, pues ésta debe aumentar para proporcionar equilibrio. Por ejemplo al hacer una mezcla entre dos sustancias,

existirá un proceso de reacción que en cierta forma es un estado de desorden, que culmina con un estado de equilibrio, cuando la mezcla ya está hecha. Mientras que en el sistema abierto, éste debe permanecer en estado uniforme, para desarrollar estados de orden y organización.

La teoría general de los sistemas promueve conceptos característicos de totalidades organizadas, tales como interacción, suma, mecanización, centralización, competencia, finalidad, etc., y aplicarlos a fenómenos concretos.

En el ámbito psicológico, el concepto de sistema ha adquirido importancia, al igual que en psiquiatría, remplazando la visión de "robot, computadora", que se tenía del hombre, cambiado por considerarlo como: *"un sistema activo de personalidad"*.

La teoría general de los sistemas se basa en la concepción organísmica, desarrollada por Bertalanffy en la tercera década del siglo. Considerando los fenómenos de la vida residen en los organismos, siendo éstos un sistema, un orden dinámico de partes y procesos en interacción mutua. De igual modo los fenómenos psicológicos se hallan en entidades individuales que el hombre denomina personalidades, sea los que fuera, ésta tiene las propiedades de un sistema, probablemente por estar en interacción.

El organismo viviente mantiene un desequilibrio, es decir, un estado uniforme de un sistema abierto, activo, por tanto en la terapia se deben despertar posibilidades creadoras con mayor importancia que el ajuste pasivo.

Los sistemas están continuamente unidos en transacciones uno con otro. La conducta de un individuo afecta a su familia, amigos y viceversa. Del mismo modo, las familias afectan a las comunidades y las comunidades a las familias y así sucesivamente. Por lo cual, durante la crisis el análisis de las transacciones entre la persona y el medio ambiente social inmediato se enfoca hacia el proceso de enfrentamiento –solución de problemas y el manejo de sentimientos/emociones en el contexto de la vida familiar. En este sentido Slaikeu (1988), menciona que existen tres funciones de los sistemas:

- A) *Adaptación* al ambiente: es el desarrollo u horario biológico y los horarios sociales.
- B) *Integración*: concierne a la resolución de crisis. La persona en crisis desconfía en lo que ella pueden llevar a cabo resultando una desproporción, desorganización y desequilibrio. Trabaja hacia la resolución de la crisis, teniendo como objetivo ayudar al organismo a *integrar* sus sistemas, un requisito para todos los sistemas vivos.

C) *Toma de decisiones*: La toma de decisiones de los sistemas es un prerrequisito para el concepto de enfrentamientos en la teoría de la crisis.

La desorganización en cualquiera de las tres, puede conducir a una crisis. En este sentido sería posible describir las crisis como una desorganización mayor en una adaptación persona/medio. Desde el punto de vista de la teoría de la crisis, la familia/grupo social es el principal proveedor de apoyo. Por lo anterior es importante conocer la definición de la familia.

1.4 Definición de familia

Boss (2001), considera que la familia es un grupo íntimo de personas con las que uno puede contar a lo largo del tiempo para obtener consuelo, cuidados alimentación, apoyo, sustento y proximidad emocional. La familia puede estar constituida por las personas con las que nos criamos (lo que se denomina familia de origen) o por las que elegimos en la vida adulta (la familia elección). Esta última puede incluir descendientes biológicos o no biológicos, o no tener descendientes. En este sentido la familia toma más un sentido mental que uno biológico. Ackerman (citado en Goldbeter-Merinfelg, 2003) percibe a la familia como una entidad en sí misma que posee su propia vida psicológica y social.

1.5 Ciclos Vitales de la Familia

La familia vive ciertos ciclos que se clasifican en: normativo y alternativo, el primero sigue cierta secuencia y es lo que se podría considerar como tradicional, mientras que el segundo se relaciona más con las situaciones relacionadas a la ruptura del ciclo normativo.

1.5.1 Normativo

Según Ochoa (1995) se denomina normativo porque sigue una secuencia de etapas "bastante universal", pese a las diferencias culturales. Pero se presentan ciertas variaciones idiosincrásicas en cuanto al momento en el que se tiene que dar los cambios de una etapa a la siguiente, además de las estrategias utilizadas para afrontarlas; por lo que en la familia suelen observarse estados de:

- Equilibrio y adaptación, donde se logra un dominio de tareas y aptitudes pertenecientes a la etapa del ciclo que la familia atraviesa.
- Desequilibrio y cambio que implican el paso al estadio nuevo más complejo, donde se requiere que la familia elabore y desarrolle nuevas tareas y aptitudes.

Las etapas del ciclo familiar son: el nacimiento, crianza de los hijos, la partida de estos y la muerte de algún miembro.

De acuerdo con Espinosa (1992) la familia es un sistema, que está en cierta manera sujeta a los procesos sociales y culturales, por lo que es un sistema sociocultural, lo que le da sentido a las vidas de cada miembro de ésta, además de que no es estática, lo que permite que los miembros pertenecientes se desarrollen, que opera a través de pautas transaccionales, las cuales al repetirse establecen reglas y patrones, que al repetirse establece reglas y patrones que dan estructura al sistema y regula la conducta de sus integrantes, además de que se exige que cada uno haga funciones o tareas que contribuyan al a ajustar o reestructurar el sistema familiar. El ciclo vital de la familia Mexicana esta constituido por:

- **Noviazgo**, Sexualidad restringida, roles (perseguidor, perseguida), alta intromisión de los padres y de la familia con la pareja, presión para que se casen, hostilidad familiar en especial de los cuñados, hostigación social si hay un rompimiento.
- **Matrimonios sin hijos**, Expectativas de pronto embarazo, segregación solteros casados, cambio de estatus de la pareja, cambio de rol (esclavo a rey, reina a servidora), reintegración a las familias de origen si antes la pareja buscaba lejanía de está ahora se acerca.
- **Etapas de crianza**, hijos pequeños: Expectativas de un primogénito varón, mayor estatus por el nacimiento del hijo, aumento de la autoridad femenina (madres, la (s) abuela (s)), distanciamiento del padre por la relación madre-hijo, el hijo se convierte en el centro de atención, ampliación de redes de apoyo por el compadrazgo.
- **Etapas de crianza de los hijos en edad escolar**, olvido del rol de esposos, para tomar el de padres, relación de la madre con el sistema educativo en donde están los hijos, tendencia de culpabilizar a la escuela ante los problemas de los hijos. Delegar responsabilidades de apoyo a los hijos mayores hacia los menores, o a funciones hogareñas.
- **Familia con hijos adolescentes y adultos jóvenes**, el contexto nota primero el crecimiento de los hijos, para los padres aún son unos niños que hay que cuidar, roles y expectativas por sexo del adolescente (varón- libertad, mujer- restricción), se espera que el adolescente sea problemático y rebelde por lo que no se le tiene confianza y se le vigila y controla, valores en juego (ropa, sexo, estilo de vida y perspectivas).
- **La partida de los hijos, dejar el hogar solo por vía matrimonial** (a excepción si hay divorcio, abandono o viudez, es común que el hijo (a) se reintegre a la familia de origen), si los hijos trabajan

es posible que los abuelos tomen el papel de padres del nieto (s), prevalecía de sexualidad masculina (hombre maduro = atractivo, mujer madura = vieja), se establece que los hijos le deben lo que son a los padres, aceptación del yerno o nuera al nacer el hijo.

- **Vejez soledad y muerte**, soledad e incapacidad del viejo, adopción del mismo por alguno de los hijos, considerándosele como un hijo más.

1.5.2 Alternativo

Los ciclos vitales alternativos involucran: la separación, el divorcio, la muerte prematura y la incidencia de una enfermedad crónica, en el sistema familiar. Siendo aspectos que se interponen y detienen el ciclo normativo o normal de la familia, a lo que los miembros de esta deben de adaptarse a la nueva situación para seguir viviendo. En el cuadro 1 se muestran las etapas adicionales tras la ruptura del ciclo evolutivo familiar, mientras que en el cuadro 2 se presentan las situaciones que se viven en el post divorcio.

Cuadro 1 Etapas Adicionales del Ciclo Evolutivo Familiar

Fase	Procesos emocionales	Problemas de desarrollo
1. Decisión de divorciarse	Aceptación de la incapacidad para resolver los problemas de pareja y para continuar la relación	Aceptación de la parte de responsabilidad en el fracaso del matrimonio
2. Planear la ruptura del sistema	Apoyo para un arreglo viable para todas las partes del sistema	a) Cooperar en la custodia, visitas , y finanzas Afrontamiento de los problemas de las familias extensas con el divorcio
3. Separación	.a) Deseos para cooperar. en las funciones parentales b) Trabajar para resolver la relación con el cónyuge	a) Duelo por la familia intacta b) Reestructuración de las relaciones padres/hijos; adaptación a vivir solo Realineamiento de relaciones con la familia extensa; mantenimiento de contacto con la familia extensa del cónyuge
4. Divorcio	Elaboración del divorcio emocional. Superación de la angustia y culpa	a) Duelo por la unidad de la familia: fin de las fantasías de una reunión b) Recuperación de las esperanzas por un nuevo matrimonio d) Permanecer conectado a las a las familias extensas

Fuente: Ochoa 1995

Mientras en el post divorcio se viven situaciones como:

Cuadro 2 Post divorcio

Situación	Problemas emocionales	Problemas de desarrollo
1. Familia uniparental	Deseos de mantener el contacto con el ex esposo y apoyar los contactos	a) Hacer arreglos flexibles de visitas con el ex cónyuge y su familia

	de los hijos con él (ella) y su familia	b) Reconstrucción de la red social propia
2. El padre soltero (sin custodia)	Deseos de mantener un contacto parental con el ex cónyuge Y ayudarlo en la custodia de los hijos	a) Encontrar fórmulas para la continuidad de una relación pare mal efectiva con los hijos b) Reconstrucción de la red social

Fuente: Ochoa, 1995

Ambos ciclos de la familia llegaran a experimentar la muerte de un familiar, por lo es importante tratar el duelo, la familia en cierto sentido tratará de superarlo, como menciona Boss (2001) la mayoría de las familias, aunque no todas poseen una capacidad mayor para hacer frente al problema de lo que se figuran los terapeutas profesionales. Por lo tanto, es importante que se pregunte a todas las personas concernidas que ocurre dentro de la familia. ¿Hay alguna confusión sobre quién está dentro o fuera de las relaciones de la pareja o familia? ¿Existen pérdidas que permanecen sin definirse? ¿Qué significa eso para cada uno de ellos? Cuando los familiares reconozcan sus pérdidas les dan un nombre y así comprendan que su incapacidad para seguir adelante no es culpa suya, es menos probable que utilicen la negación como mecanismo de adaptación y aumente la probabilidad de que sean capaces de tomar decisiones.

1.6 Crisis circunstanciales

Muchas de las crisis que se viven cotidianamente son imprevistas, tal vez por ello el impacto emocional es aún mayor. Slaikeu (1988), menciona que la pérdida de toda una familia en un accidente, leucemia de un niño de ocho años, violación, ser tomado bajo amenaza de muerte, son crisis circunstanciales.

Para la evaluación de la crisis se sigue un modelo en el cual se consideran los siguientes elementos de la personalidad: Conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo. En el cuadro 3, se muestra los elementos que se usan para evaluar la personalidad.

Cuadro 3 Perfil de la personalidad CASIC

Modalidad/	Variables/subsistemas
Conductual	Patrones de trabajo, juego, ocio, ejercicio, dieta (hábitos en alimentación y bebida), conducta sexual, hábitos de sueño, uso de drogas y tabaco, presencia de cualquiera de los siguientes: suicidio, homicidio o actos agresivos
	Métodos habituales para enfrentar el estrés
Afectivo	Sentimientos sobre cualquiera de las conductas expresadas arriba, presencia de sentimientos como ansiedad, cólera, felicidad, depresión, etc.; afecto inadecuado a las circunstancias de la vida. ¿Son

	sentimientos manifiestos o encubiertos?
Somático	Funcionamiento físico general, salud. Presencia o ausencia de tics, dolores de cabeza, trastornos estomacales y otros dolores somáticos; estado general de relajamiento/tensión, sensibilidad del tacto, visión, gusto, olfato y oído
Interpersonal	Naturaleza de las relaciones con la familia, amigos, vecinos y compañeros de trabajo; fuerzas interpersonales y dificultades; número de amigos, frecuencia del contacto con amigos y condescendencia, el papel asumido con varios amigos íntimos (pasivo, independiente, líder)
Cognoscitivo	Día normal y sueño de noche; descripciones mentales sobre el pasado o el futuro, autoimagen objetivos en la vida y razones para su validez, creencias religiosas, filosofía de la vida, presencia de cualesquiera de las siguientes: catástrofes, sobregeneralizaciones, delirios, alucinaciones, diálogo irracional con uno mismo, racionalizaciones, ideación paranoide, actitudes generales (positivas/negativas) hacia la vida.

Fuente: Slaikeu (1988, pp 25).

La familia es importante para superar las crisis, aunque recordemos que también se puede trabajar solo con un solo miembro de la familia, pues los miembros de la familia comparten día a día su vida, situaciones agradables y desagradables, recordemos que son un sistema, el cual vive sus crisis en conjunto, recordemos la teoría general de los sistemas Los sistemas están continuamente unidos en transacciones uno con otro, la conducta de un individuo afecta a su familia, amigos y viceversa. Por lo cual, durante la crisis el análisis de las transacciones entre la persona y el medio ambiente social inmediato se enfoca hacia el proceso de enfrentamiento –solución de problemas y el manejo de sentimientos/emociones en el contexto de la vida familiar.

1.7 Intervención en crisis de primer y segundo orden

Es importante distinguir entre la intervención en crisis de primer orden y la de segundo orden, pues hay diferencias en la duración, quienes las realizan, donde, sus objetivos y procedimientos. El cuadro 4 resume las características de ambas intervenciones.

Cuadro 4 Intervención en crisis un modelo amplio

	Intervención de primer orden: Primera Ayuda Psicológica	Intervención de segundo orden: Terapia en crisis
¿Cuánto tiempo?	Minutos a horas	Semanas a meses
¿Por quiénes?	Asistentes en la línea del frente (padres, policía, clero, abogados, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, supervisores, etc.)	Psicoterapeutas y asesores (Psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, asesores pastorales y escolares, enfermeras psiquiátricas, etc.)
¿Dónde?	Ambientes comunitarios: casa, escuela, trabajo, líneas de urgencia, etc.	Terapia/ Ambientes de asesoría: clínicas, centros de salud mental, acceso a instituciones, iglesias, etc.

¿Objetivos?	Reestablecimiento Inmediato del Enfrentamiento: dar apoyo; reducir la mortalidad; vincular a los recursos de ayuda	Resolución de la crisis: enfrentar el suceso de crisis; integrar el suceso a la estructura de la vida; establecer la sinceridad/disposición para enfrentar el futuro.
¿Procedimientos?	Cinco Componentes de la Primera Ayuda Psicológica	Terapia Multimodal en la crisis Terapia Racional Emotiva

Fuente: Slaikou (1988), 72 pp

Dentro de la intervención de segundo orden encontramos la terapia racional emotiva, la cual se propone utilizar para superar la muerte de un familiar. En el siguiente punto se describirá en términos generales la Terapia Racional Emotiva.

1.8 Terapia Racional Emotiva

Señor, dame la serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, valor para cambiar las cosas que puedo y sabiduría para poder diferenciarlas.

REINHOLD NIEBUHR

1.8.1 Orígenes

“En 1955, cuando creé la terapia racional emotivo-conductual (REBT), sabía exactamente en que consistía y en que no consistía. Pero ahora ya no lo tengo tan claro.

Al principio, y si lo comparábamos con el resto de las terapias, la REBT era algo terriblemente sencillo. Seguramente por eso llegó a ser tan popular. El ABC de las neurosis que le servía de presentación gustaba tanto a terapeutas y a clientes como al público que lo leía y lo escuchaba. Y es que estos ABC –que, honestamente, yo no hice más que «robar» de filósofos tanto antiguos como modernos- tenían mucho de bello y profundo.

Apuntan al núcleo del sufrimiento humano. Y describen de una manera muy hermosa aspectos importantes de la «realidad» social. Si usted –y sus clientes- los usan, funcionarán. No a la perfección, pero sí de una forma notable.”

Ellis Albert y Grieger, Russell (1981) pp. 25

1.8.2 Fundamentos

Ellis (1999) dice que las personas viven inmersas en un contexto tanto físico como social, a menudo persiguen en sus vidas metas (G) o propósitos:

- a) permanecer vivos, en movimiento y disfrutar,
- b) disfrutar de la vida tanto en solitario como en colectividad,
- c) mantener relaciones de intimidad con determinadas personas,

- d) hallar en un sentido a la vida a través de la educación y experiencia,
- e) inventar y llevar a cabo objetivos que vislumbren una vocación
- f) disfrutar del ocio y del juego.

Con frecuencia, al perseguir estas metas se encuentran con un Acontecimiento o Experiencia activadora o Adversidad (A) que bloquea y les hace sentirse fracasados, rechazados, o les lleva a experimentar incomodidad. Cuando (A) ocurre la gente, tanto si se da cuenta o no, cuentan con la opción de experimentar una Consecuencia (C) saludable y útil, como ocurriría si sintieran lástima, decepción, o cierta frustración. Pero también pueden optar por sentir Consecuencia destructivas o no saludables (C) como una grave ansiedad o depresión, cólera o autocompasión. De igual modo, cuando experimentan (A), se encuentran ante la posibilidad de elegir entre diversas formas para ayudarse a si mismos a salir de aquella situación, o buscar una manera de mejorarla, si no es posible la aceptan, también pueden optar por actuar de forma autodestructiva, no haciendo nada por mejorarla o empeorándola. Una manera de reaccionar de forma poco sana o autoderrotista sería, por ejemplo, quejarse, posponer decisiones, beber en exceso o evitar enfrentarse con A.

Si se opta por generar una consecuencia beneficiosa cuando se presenta un (A) desagradable, se está apelando en gran medida a las creencias (B) sobre A. Por lo general se optará por determinadas Creencias Racionales (RB), lo cual llevará a reaccionar con conductas y sentimientos saludables y funcionales ante C; pero también se puede optar por las creencias Irracionales (IB), lo cual llevará a reaccionar con conductas y sentimientos disfuncionales y destructivos ante C.

Las creencias irracionales que la gente mantiene ayudan a crear sentimientos y acciones que sabotean su posibilidad de afrontamiento de un determinado A desagradable, suelen consistir en afirmaciones absolutistas del tipo *debería de, tendría que, tengo que*, además de las lógicas pero destructivas y denigrantes irracionales que por lo general acompañan a estos "debos".

Las tres afirmaciones absolutistas básicas generadoras de neurosis son las siguientes:

- 1) *Debo, absolutamente*, tener éxito en la mayoría de mis actuaciones y relaciones; de no ser así ¡como persona soy alguien del todo inadecuado e inútil! Resultado: sensaciones de grave ansiedad, depresión desespero, inutilidad. Acciones de evitación, renuncia, abandono, adicción.
- 2) El resto de la gente *debe, absolutamente*, tratarme con consideración, justicia, respeto y amabilidad; ¡de lo contrario no son tan buenos como dicen, y no merecen alcanzar la

felicidad mientras vivan! Resultado: Sentimientos de ira, furia, resentimiento. Acciones de lucha, enemistad, violencia, guerras, genocidios.

- 3) Las condiciones bajo las que vivo *deben ser absolutamente* confortables, placenteras y valiosas ¡de lo contrario, será algo *horrible, no lo soportaré, y todo este maldito mundo será asqueroso!* Resultado: sentimientos de autocompasión, ira y baja tolerancia a la frustración. Acciones de abandono, queja continuada y adicciones.

Los pensamientos, sentimientos y conductas (prácticamente) nunca van por separado, si no que funciona de una manera integrada, conjunta y holística. Cuando se piensa de, manera negativa, se tiende a sentirse mal y actuar disfuncionalmente, estos son los Planteamientos de las personas ante las creencias disfuncionales.

Un individuo hace su propio valor o valía personal, por lo que si él se denigrará a sí mismo seriamente o tiene una auto-imagen pobre, perjudicará su funcionamiento normal y se hará a sí mismo desdichado de muchas formas. Siguiendo este precepto Ellis y Russell (1981), consideran que las funciones principales de la psicoterapia es aumentar la dignidad y auto-estima del individuo, el refuerzo del ego, la confianza en sí mismo, los sentimientos de valía o el sentido de identidad, para que pueda solucionar los problemas de auto-evaluación.

En este mismo sentido Ellis y Abrahms (1980), mencionan que uno de los rasgos más valiosos para el individuo saludable, enfermo o físicamente impedido, es la plena aceptación de sí mismo, sin embargo, aún la persona sana rara vez sabe lo que representa esta clase de aceptación, pues algunas veces se confunde el termino aceptación propia con "confianza en sí mismo", "amor propio", "egolatría". La aceptación incondicional es la aceptación plena de la existencia y la condición de ser animado, sin requerimientos o limitaciones de ninguna especie, pues la confianza en sí mismo o estimación de su persona esta condicionada por una razón específica de hacer algo bien o con excelencia. Por lo tanto, perderá esa confianza tan pronto como comience a funcionar deficientemente.

Para Ellis y Russell (1981), el problema evidente es que si la percepción de un individuo de su propio valor o valía afecta tan intensamente a sus pensamientos, emociones y acciones ¿Cómo y por qué se denigra tan estúpidamente y cómo se le puede ayudar coherentemente a que aprecie a sí mismo, sin importar las buenas actuaciones que realice y sin tener en cuenta su popularidad o impopularidad respecto a los demás, para que se acepte o respete casi como es en realidad? La

respuesta según ellos se encuentra en la distinción entre auto-aceptación y la auto-estima. Las cuales parecen muy similares pero no lo son:

- a) Auto-estima: significa que el individuo se valora a sí mismo porque ha actuado inteligente, correcta y competente. Es la consecuencia, expresión y la recompensa de una mente totalmente entregada a la razón.
- b) Auto-aceptación: el individuo se acepta total e incondicionalmente sin depender de que se comporta o no inteligente, correcta y competentemente, ni de que los demás le acepten, respeten o le amen.

1.8.3 Técnica

Ellis (1999), propone el uso de métodos cognitivos para ayudar a los clientes a conseguir mejores resultados en una terapia breve más intensa y productiva. Aunque, hace hincapié en que es difícil encontrar algo que sea meramente cognitivo, por el hecho de que la condición humana, el condicionamiento biológico y social hace que casi siempre se piense, sienta y actúe de forma interactiva, integrada. La cognición incluye evaluar, valorar además de situar la conducta y personalidad de uno mismo y la de los demás, todas estas son reacciones “emocionales”. Sentir o desear incluye percibir, darse cuenta de, reconocer, expresar y experimentar, es decir, reacciones cognitivas y/o emocionales. Así los métodos cognitivos usan técnicas terapéuticas que parecen referirse a aspectos intelectuales, racionales y también están destinadas a la solución de problemas, pero que contemplan a su vez aspectos emocionales y de acción.

Las personas crean sus propias ansiedades, culpabilidades, depresiones y enfadados por las ideas o creencias irracionales que defienden, así el objetivo de la terapia es inducir al cliente a que las deje, así también los comportamientos auto-destructivos que a veces los acompañan y a potenciar al máximo su forma racional de pensar y creer, a través del discurso Socrático de discutir y debatir las creencias irracionales del cliente, para lograr que las reconozca, después las examine y por fin las abandone. El terapeuta insiste una y otra vez en que el cliente piense en sus creencias y recalca que ellas ofrecen evidencia para probar las cosas que ellos simplemente han aceptado durante años. Ellis y Russell (1981).

Apoyando lo anterior Ellis y Eliot (1980), piensan que los terapeutas racional-emotivos afrontan y discuten las creencias creadoras de trastornos de las personas, además de que sus filosofías son irracionales y contraproducentes, les explican cómo éstas crean trastornos emocionales, el modo de atacarlos en los terrenos lógicos y empíricos, finalmente la forma de desecharlas.

Los fines principales en el tratamiento de los clientes de cualquier psicoterapia son sencillos y concretos: dejar a los clientes, al final del proceso psicoterapéutico con el mínimo de ansiedad o angustia, culpabilidad, depresión (o auto-culpa), enfadado y reducida tolerancia. La metodología básica de la terapia racional emotiva (TRE) es la siguiente:

1. Conseguir que los pacientes admitan que se están autoculpando o están enfadados
2. Que actúen en contra, cambien u erradiquen sus sentimientos de ansiedad y hostilidad
3. Si en el proceso expresan actitudes negativas previamente suprimidas o reprimidas hacia sí mismos y a los demás, está bien.
4. Enseñar a los clientes clara y concretamente tres clases de insights:
 - a) *Insight 1*: se da cuando los clientes ven su conducta neurótica presente tiene causas anteriores.
 - b) *Insight 2*: es más importante, tiene lugar cuando los clientes llegan a comprender que la razón por la cual las causas originales todavía les trastorna y perturba, es porque todavía creen en las ideas o creencias irracionales que adquirieron anteriormente y continúan repitiéndoselas interminablemente.
 - c) *Insight 3*: es el pleno reconocimiento por parte del cliente que no existe otro medio para superar su trastorno emocional sino su continuo observar, cuestionar y rebatir su propio sistema de creencias y su trabajo o puesta en práctica para cambiar sus propias suposiciones filosóficas irracionales por medio de una activa contra propaganda verbal y motora.
5. El terapeuta debe de enseñar a pensar al cliente, ya que la mayor parte de las personas son alérgicos a ello, pues aceptan ciegamente las suposiciones que defienden y a repetírselas sin pensar como si fuera la verdad. Debe de enseñarse a examinar sus frases exclamatorias que dicen para crear sus emociones.
6. Una vez que el terapeuta ha ayudado a los clientes a que descubran y clarifiquen las suposiciones filosóficas que le crean sus trastornos, les ayuda de una forma persistente y observadora a que las anulen. Al animar a los clientes a pensar con rigor en esas

suposiciones quizás por primera vez en sus vidas, el terapeuta les ayuda a ver su falsedad y a reconocer, con tal de que se mantengan estas creencias, que lograrán los resultados neuróticos emocionales y conductuales que ahora están padeciendo.

7. La mayor parte del tiempo, el terapeuta utiliza la forma Socrática de cuestionar en vez de hacer frases declarativas.

En conclusión, durante el desarrollo algunas personas van creando ansiedades, culpabilidades, depresiones y enfadados por las ideas o creencias irracionales que defienden, por lo que el objetivo de la terapia será elevar la forma racional de pensar y creer, a través de discutir y debatir las creencias irracionales del cliente, para lograr que las reconozca, después las examine y por fin los abandone.

II. MUERTE DE UN FAMILIAR Y DUELO

En ninguna otra situación como en el duelo, el dolor producido es TOTAL: es un dolor biológico (duele el cuerpo), psicológico (duele la personalidad), social (duele la sociedad y su forma de ser), familiar (nos duele el dolor de otros) y espiritual (duele el alma). En la pérdida de un ser querido duele el pasado, el presente y especialmente el futuro. Toda la vida, en su conjunto, duele.

J. MONTOYA CARRAQUILLA

2.1 Muerte de un familiar

El interés por el estudio de la muerte por parte de la Psicología fue algo prácticamente inexistente hasta la mitad de este siglo. Es fundamentalmente a partir de la Segunda Guerra Mundial cuando resurge la preocupación por el conocimiento de la muerte, no solo a niveles individuales, sino también a niveles sociales e incluso históricos. Así, durante las décadas de los sesenta y setenta se comienzan a editar libros sobre el tema de la muerte, no solo a nivel individual sino también a niveles sociales e incluso históricos. En los primeros estudios centrados básicamente en conocer cómo el ser humano percibe y vivencia el hecho de la muerte y responde ante él, concluyen que existe una gran variedad en las vivencias y actitudes con que cada ser humano afronta la muerte. Buendía (1997).

La muerte es una situación natural y biológica que todo ser vivo experimentará en algún momento por sí mismo. Pese a ello, para los seres humanos es una circunstancia difícil de aceptar que desencadena una serie de emociones y sentimientos, al respecto Bowlby (1980) considera que la pérdida de una persona amada constituye una de las experiencias más penosas por las que un ser humano puede pasar. No solo resulta penoso sufrirla sino que también ser testigo de ella, aunque sólo sea por la impotencia de brindar ayuda, pues para los deudos, sólo el regreso de la persona amada puede significar un verdadero consuelo y sienten casi como un insulto todo lo que se les ofrece.

2.1.1 Definición de muerte

La muerte de los demás y la propia según Morín (1974) es conocida por la especie y no por el individuo, pues el individuo muere y la especie permanece, sin embargo esta entrañada al organismo individual. La conciencia de la muerte no es algo innato, sino el producto de una conciencia que aprende de las circunstancias, por lo que la muerte de un ser próximo es siempre increíble y paradójica, una imposibilidad que de pronto se hace realidad, situación que puede ser concebida ya sea como un accidente, un castigo, un error, una irrealidad, etcétera.

La muerte desde la perspectiva biológica es el cese de las funciones vitales, definición proporcionada por el diccionario de la Lengua Española 1992, sin embargo este término despierta ciertas controversias en el ámbito científico, pues la muerte es un proceso gradual durante el cual no es posible determinar el momento exacto en que se pasa de la vida a la muerte, muestra de ello son los criterios que se han propuesto para tratar de consensuar la determinación del instante a partir del cual se puede considerar que una persona está muerta.

En este sentido, Buendía (1997), cree que las dificultades de definir a la muerte se incrementan por el hecho de que ante la muerte cada ser humano va ir adoptando distintos planteamientos, los cuales varían según se analice desde un punto de vista social, psíquico o biológico, se la conciba como un fin, principio o castigo, se plantee la persona su propia muerte o la de los demás, etc. Empero, es indispensable llegar a comprender y determinar el concepto de la muerte ya que éste desempeña un papel central en las actitudes y comportamientos tanto sociales como individuales que se adopten ante la misma.

A continuación se presentan algunas consideraciones genéricas en relación con el concepto de muerte según Kastenbaum y Aisenberg (1976, citados en Buendía, 1997):

- a) El de la muerte es un concepto extremadamente complejo. Lo cual te impide tener una estructura consistente y unificada.
- b) Este concepto cambia incluso para un mismo individuo, dependiendo de las circunstancias personales que atraviese (¿Ha sufrido o no la pérdida de persona allegadas? ¿Posee el suficiente apoyo social y familiar como para sobreponerse a impacto que una pérdida concreta supone?...)

- c) Está igualmente influenciado por numerosos factores contextuales. De manera que se pueda las circunstancias situacionales pueden estimular, desarrollar o modificar nuestro concepto de muerte.
- d) La evolución que el concepto de muerte experimenta a lo largo de la vida del individuo es inestable, imprecisa, ambigua y continuamente en desarrollo. Siendo por tanto imprevisible saber que connotaciones irá adquiriendo en cada momento y circunstancia, o cuál será su constitución final.
- e) El concepto de muerte puede estar condicionado comportamientos que a simple vista, no parecen relacionarse directamente con él (Insomnio, temor a ser abandonado por una persona querida, tendencias hipocondríacas, etc.)
- f) El concepto de muerte es dinámico, varía de acuerdo con el estadio evolutivo en que se encuentra el sujeto. Así, en los primeros años de vida, la muerte no es puesta en relación como uno mismo. Más tarde, durante la adolescencia y la juventud, se acepta su irreversibilidad y universalidad, aunque se ve todavía como algo lejano. A partir de aquí se le va viendo, como algo próximo a uno mismo, para acabar siendo, durante la vejez, aceptada como algo natural que acontece al hombre en general y a uno mismo en particular. No obstante, parece ser que a pesar de la influencia que ejerce el desarrollo madurativo, el concepto de muerte está principalmente determinado por las experiencias particulares y personales con el hecho de la muerte y/o por la relación con personas que han fallecido.

La muerte es un término que implica varios factores, es dinámico, pues su concepción cambia incluso para un mismo individuo, dependiendo de las circunstancias personales que atraviere, se va modificando con el transcurso de la propia vida. Las experiencias vividas marcan la forma de concebir la muerte y/o la relación con personas que han fallecido, así como la forma de superar la muerte de un familiar.

2.1.2 Tipos de muerte

Weisman (Citado en Slaikeu 1988, pp 52), considera que superar la muerte de un familiar se relacionará con la manera en las que las personas expresen su duelo, así la distinción entre una muerte oportuna y una intempestiva facilitara un proceso de duelo natural.

- Las muertes oportunas son aquellas en las que se observa que la supervivencia se iguala a la supervivencia esperada, son "muertes adecuadas", es decir la vida sigue el curso esperado, conduciendo a un sentido de tiempo apropiado para morir.

- Las muertes intempestivas, violan las expectativas individuales de las expectativas individuales de supervivencia. Pueden sobrevenir a través de la muerte prematura (de un niño), inesperada (de un adulto maduro muerto en un accidente) o trágico (impredecible, violento y degradante).

El saber el tipo de muerte que el familiar sufrió es de suma importancia, debido a que las muertes oportunas, pueden considerarse como más naturales, aunque esto no implica que el proceso de duelo no suceda, pero quizá será no tan crítico e inesperado. Así pues las muertes intempestivas son sorprendidas, por lo que no dan oportunidad de prepararse para ellas, de hecho ni son imaginadas, por ende la crisis y el duelo son probablemente aún mayores.

La muerte es una situación natural y biológica que todo ser vivo experimentará en algún momento por sí mismo. Pese a ello, para los seres humanos es una circunstancia difícil de aceptar que trae consigo una gama de emociones y sentimientos que acompañan el proceso del duelo.

2.2 El duelo

Buendía (1997), considera que el término duelo hace referencia a la respuesta biopsicosocial consecuente a la pérdida de un ser querido. Pérdida que todo ser humano, a lo largo del ciclo vital llega experimentar al menos una vez.

Bowlby (1980), Menciona que en los intentos de explicar el carácter doloroso del duelo, se han propuesto dos hipótesis principales:

- Debido a la naturaleza persistente e insaciable del anhelo por la figura perdida, el dolor resulta inevitable.
- El dolor que sigue a la pérdida es el resultado de un sentimiento de culpa y del temor a la represalia.

2.2.1 Etapas del duelo

Wisocki y Averill (1990, citados en Buendía, 1997) han descrito una serie de etapas del duelo, a saber:

- a) Shock: El individuo afligido experimenta una sensación de aturdimiento e irrealidad o insensibilización que puede durar desde varias horas hasta días. Durante ese período es común la aparición de apatía, paralización, escasez de manifestaciones y expresiones emocionales y un sentimiento de aislamiento del mundo.
- b) *Protesta y añoranza*: En esta etapa se reconoce la pérdida pero no se acepta todavía, manteniéndose una actitud de incredulidad, pueden aparecer conductas de búsqueda, incluyendo sueños con la persona que ha muerto, la experiencia de encontrar a éste en lugares conocidos en incluso pueden aparecer alucinaciones. Conductualmente éste es un período de agitación, excitación fisiológica elevada e inquietud. Cognitivamente, el individuo se abstrae en la memoria del ser perdido y centra su atención sobre aquellos aspectos del entorno asociados con placeres en el pasado compartidos con la persona perdida.
- c) *Desorganización y desesperación*: Aunque se acepta el hecho de la pérdida y se hayan abandonado los intentos por recuperar al sujeto perdido, persiste el recuerdo. La apatía, el aislamiento, la pérdida de energía y el abatimiento son comunes durante este período, así como la pérdida de interés sexual, la escasa socialización, la pérdida de apetito, los trastornos de sueño y otros problemas conductuales y somáticos. El individuo en duelo experimenta emociones y estados de ánimo conflictivos, como desesperación, hostilidad, vergüenza, culpabilidad, ira e irritabilidad.
- d) *Desapego, reorganización y recuperación*: El individuo desarrolla nuevas formas de percibir y pensar sobre el mundo y su lugar en éste. En el duelo normal, esta etapa suele acabar con la asunción de una nueva identidad, superando la pérdida del objeto afectivo.

Existe otra propuesta realizada por Kübler-Ross (2004), sobre las fases del duelo, las cuales no se dan de manera sucesiva.

- a) Negación o aislamiento: Es un mecanismo de defensa primaria, una reacción humana ante la noticia de una enfermedad mortal o algo que genere una gran tensión inesperada, donde el paciente no tiene control.
- b) Rabia o ira: Es una reacción que tiene un antecedente de amenaza, en el cual se enaltecen o sobrevaloran los recursos propios de una forma violenta para controlar o contener el

entorno. Este enojo se puede identificar por quienes reniegan de Dios, manifiestan envidia por que otros están sanos.

Cuando la hostilidad se asocia con situaciones de muerte, generalmente es un indicador de que el paciente experimenta impotencia por lo que ha hecho, dicho o dejado de hacer y no ha podido modificar el curso de la enfermedad.

- c) Idealización: Idealizar a la persona muerta o a la relación que se tuvo con ella puede representar una evasión para no sentir el sufrimiento engendrado por el cólera o la culpa.
- d) Regateo o negociación.
- e) En el deseo de prolongar la vida propia o de los seres queridos, los pacientes hacen pactos o promesas, generalmente las hacen con su dios o alguien a quien les asignen algún poder (médicos) y se guardan en secreto o se dicen entre líneas.
- f) Depresión: cuando los pacientes o familiares ya no pueden seguir negando la enfermedad son invadidos por una sensación de pérdida. Hay dos tipos de depresión que atraviesan las personas que enfrentan la posibilidad de una muerte o el fallecimiento de una persona allegada:
 - *Depresión reactiva*: Se da por los cambios que experimenta durante el proceso de muerte y las preocupaciones que deja: Pérdida de rol, quien cuidará de sus hijos.
 - *Depresión anticipatoria*: Es cuando la persona ya se prepara para la pérdida inminente de todos los objetos de amor. Analiza que ha hecho con su vida y cuales han sido las intenciones de sus actos
- g) Aceptación: Es cuando el paciente ha atenido el tiempo suficiente de atravesar las fases anteriores. Seguramente estará cansado. Es importante no confundir y creer que la aceptación es una etapa feliz, sucede como si el dolor hubiera desaparecido y se acepta la realidad.

Las etapas son fluctantes y se puede pasar de la aceptación a la ira nuevamente.

2.2.2. Tipos de duelo

Buendía (1997), menciona dos tipos de duelos:

- a) *Duelo anticipatorio*: Es el término usado para describir la particular situación de los individuos que anticipan o prevén la proximidad de que ocurra la muerte de una persona próxima y querida.
- b) *Duelo sin muerte*: Se refiere al duelo que sucede al experimentar vivencias de duelo ante la pérdida anatómica o funcional de una parte del cuerpo o de una función psíquica. El duelo también puede ser una forma de responder por parte de personas que han perdido muchas de las cosas que jugaban un papel importante en sus vidas, por ejemplo: el divorcio, ser encarcelado, el prestigio, familiares y amigos que dejan el hogar o la pérdida de un ambiente confortable.

2.2.3 El duelo ambiguo

De todas las pérdidas que se experimentan en las relaciones personales, la pérdida ambigua es la más devastadora, pues permanece indeterminada. Boss (2001), menciona que las personas anhelan la certeza, hasta el conocimiento cierto de la muerte es preferible a la continuación de la duda.

Boss (2001), considera que hay dos tipos de pérdida ambigua:

- a) *Ausente físicamente*: La familia percibe a determinada persona como ausente físicamente, pero presente psicológicamente, puesto que no es seguro que la persona este viva o muerta. Por ejemplo: los niños raptados, los militares desaparecidos, las pérdidas en casos de divorcio y en las familias adoptivas, donde se percibe a los padres o al niño como o desaparecidos.
- b) *Ausente psicológicamente*: Están representados por las personas con la enfermedad del Alzheimer, los drogadictos, los enfermos mentales crónicos, o cuando una persona sufre un traumatismo craneal grave y tras permanecer en coma despierta como una persona distinta. Dentro de esta categoría también se encuentran las personas con una excesiva preocupación por el trabajo u otro interés exterior.

La ambigüedad de la misma forma que complica la pérdida dificulta el duelo, pues este no puede empezar porque la situación se encuentra indefinida, la confusión congela el duelo, lo hace estático.

Las personas caen en la depresión, la ansiedad y las enfermedades somáticas. Esos síntomas afectan primero al individuo, pero pueden irradiarse sobre toda la familia. Los miembros de la familia se preocupan tanto con la pérdida que se apartan unos de otros. La familia se transforma en un sistema donde no hay nadie dentro. Aunque este escenario se desarrolla con distintos grados de severidad en función de la familia y de la naturaleza de la pérdida.

Boss (2001), dice que los que experimentan una pérdida ambigua están llenos de pensamientos y sentimientos conflictivos. Temen la muerte de un familiar que está enfermo y desahuciado, o que ha desaparecido de forma misteriosa hace mucho tiempo, pero también desean que esa espera tenga un cierre y un fin. La tensión derivada de esas emociones conflictivas, sobre todo cuando no se reconoce el dolor de los familiares, se vuelve tan poderosa que éstos se paralizan a mitad de su camino. No pueden tomar decisiones, no pueden actuar y tampoco liberarse. La ambivalencia se deriva de mezclar los elementos cognitivos (tales como las definiciones sociales de los papeles y la posición social) con los emocionales (que incluyen los condicionamientos y el comportamiento aprendido). Muchas veces la ambivalencia se intensifica por las deficiencias exteriores a la familia: los funcionarios no consiguen encontrar a una persona pérdida o los médicos especialistas no logran diagnosticar con exactitud, o curar una enfermedad devastadora. A causa de la ambigüedad, los seres queridos no consiguen aclarar su situación y, emocionalmente, se sienten arrastrados en direcciones opuestas: el amor y el odio por la misma persona; la aceptación y el rechazo de su papel de cuidadores; la afirmación o negación de su pérdida. A menudo las personas creen que deben reprimir sus emociones y controlar sus sentimientos de agresividad por que las normas sociales prescriben que alterarse es inapropiado y sólo perjudicará a la persona pérdida.

2.2.4 Predisposiciones cognitivas que afectan a la respuesta de la pérdida

La manera en la que se ha crecido cognitivamente y se ha establecido una personalidad determinará la forma en la que se enfrente el duelo. Bowlby (1980), señala que hay personalidades propensas al duelo patológico:

- a) *Predisposición a establecer relaciones cargadas de ansiedad y ambivalencia:* Desde Freud en adelante los psicoanalistas destacan que las 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 que aman. Las personas combinan una fuerte fijación al objeto de amor, con una escasa fuerza de

resistencia a la frustración y a la decepción. Un estudio realizado con viudas mostró que aquellas que habían tenido más disputas se mostraron durante el primer año de entrevistas, con más sentimientos de culpa, autorreproches y más síntomas físicos que las viudas que habían tenido pocas disputas o no habían tenido ninguna. Las más trastornadas después de la muerte del marido habían estado gravemente perturbadas por pérdidas sufridas en la niñez.

- b) *Predisposición a prodigar cuidados de manera compulsiva:* Algunos individuos responden a una 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 alguno otro quien se encuentra en una situación desdichada y con necesidad de que lo cuiden, entonces insisten en brindarles cuidado.
- c) *Predisposición a afirmar independencia respecto de los lazos afectivos:* Las personas que responden de esta manera a menudo parece progresar sin peripecias. En los estudios, salvo los que aplican métodos muy refinados, suele pasarse por alto a esas personas y agruparlas con aquellas cuyo duelo progresa de manera genuinamente favorable.
- d) *Predisposición que contribuyen a una prolongada ausencia de aflicción:* Las observaciones despectivas y sarcásticas hechas por los padres cuando un hijo se siente desdichado y busca consuelo terminan por enseñarle que llorar y buscar consuelo significa exponerse a desaires y desprecios. Las secuelas son la autosuficiencia y un caparazón protector que entraña el repudio de todo posible deseo de amor y apoyo, a veces hasta el punto en el que una pérdida deja de tener significación.

Cuando sabemos que perderemos a alguien puede ser que se presenten diversas emociones, incluso contradictorias. En esta línea Boss (2001,) piensa que al anticipar la pérdida nos agarramos al ser querido al tiempo que lo alejamos de nosotros. Nos resistimos a su marcha, al mismo tiempo, deseamos que ésta termine con un adiós.

2.2.5 Un duelo sano

Bowlby (1980), considera que las disposiciones cognitivas que ayudan a una persona a afrontar la pérdida y a lograr un desenlace satisfactorio de su duelo se relaciona con un modelo de

representación de la figura o la figuras de apego, en el cual éstas son accesibles, sensibles a requerimientos y serviciales, posee además un modelo complementario de sí misma, según el cual esa persona es por lo menos alguien potencialmente valioso y digno de amor.

Dichos modelos se habrán construido como una consecuencia de experiencias felices vividas durante la niñez cuando se respetaron y satisficieron sus deseos de amor, consuelo y apoyo. Posteriormente, influida por esos modelos dicha persona será capaz de entablar otras relaciones de amor y confianza durante su adolescencia y su vida adulta. Al no temer a los intensos e insatisfechos deseos de amor de la persona perdida, se entregará al llanto en sus accesos de dolor, de modo que la expresión del anhelo por la persona desaparecida y la expresión de la aflicción se darán naturalmente. Si tiene amigos que le muestran simpatía, encontrará consuelo al recordar con ellos días más felices y a reflexionar sobre las satisfacciones que le deparó la persona desaparecida sin necesidad de borrar los recuerdos de sus defectos. Durante los meses y años siguientes probablemente esa persona pueda organizar de nuevo su vida, fortificada tal vez por la permanente impresión de la continua y benévola presencia del ser desaparecido.

Ellis y Eliot (1980), mencionan que con frecuencia al ayudar a sus pacientes a desechar los sentimientos de terror sobre la muerte, utilizando con ellos las siguientes clases de razonamiento empírico y lógico.

1. No hay razón, por supuesto para que usted *deba o tenga que* disfrutar una larga y feliz existencia. Puede muy bien ser injusto que uno muera joven y otro viva hasta los 95 años, pero ¿Quién dijo que las cosas deben ser justas?
2. El estado de moribundo, como han mostrado diversos estudios, es, por lo general, más apacible y no demasiado doloroso. Las personas propenden a entregarse a la muerte, más que a caer en ella, y sólo rara vez sufren mucho en el proceso.
3. Si usted tiene la mala suerte de morir con su dolor, tal vez nada podrá hacer para evitarlo. Puede por supuesto, cuidar de su salud mientras vive. Si, por ejemplo, no fuma quizá evite morir de cáncer de pulmón, pero cualquiera puede fallecer dolorosamente. En el peor de los casos eso sólo será una gran dicha.

4. El preocuparse acerca de morir a temprana edad, ciertamente no ayuda a usted a vivir ni a ser feliz. La propia preocupación propiciará diversas condiciones físicas como las úlceras o la hipertensión sanguínea, que pueden hacer que muera antes, aparte de que resulte difícil disfrutar su vida, ya sea ésta larga o corta, si se mantiene preocupado por la duración de la misma.
5. Aunque no se tiene absoluta certeza, parece que la muerte es un estado de total inexistencia, análogo al que se supone que debe haber antes de la concepción o del nacimiento. No es, desde luego, un estado como el que tontamente se muestra en las películas y en las obras de teatro como *Our Town*, en que uno está vivo y muerto al mismo tiempo, es decir, presuntamente muerto, pero que en realidad sabe y se preocupa de lo que está sucediendo en "nuestra ciudad". Cuando uno se muere, está realmente muerto y es muy improbable que jamás vuelva a sentir *algo*. Puesto que es difícil que usted experimente temores acerca del estado en que se hallaba antes de nacer, es un estado similar después de haberse ido.
6. Los temores o estados de pánico más horribles que se experimentan no son meramente sobre algún objeto o acontecimiento, como por ejemplo el miedo a los perros o a subir y bajar en un ascensor, sino acerca de los sentimientos que sabemos perfectamente bien que tendríamos en caso de que nuestros temores se realizaran. Así pues, si usted tiene miedo de viajar en ascensor, sabe que se sentirá muy incómodo al meterse en uno de ellos. Por lo tanto, se encuentra asustado de sus propios sentimientos de temor, de sus propias reacciones a viajar en ascensor, el miedo a los temores inspirados por el mismo. Pero, si se muere, por supuesto ya no tendrá pánico. Si acepta este hecho, perderá todos los temores de morir y de tener "sentimientos" incómodos después de su muerte.
7. Un temor de morir "antes del término natural", constituye en realidad una demanda de certeza. Así es, por ejemplo, el miedo de varios procedimientos médicos. Si los pacientes se dicen a sí mismos: "Sería terrible que me lastimaran al administrarme un enema de bario" o "Sería espantoso que muriera" [...] No hay manera de saber con exactitud lo que ocurrirá durante cualquier procedimiento relacionado con la salud, incluyendo una operación. Lo importante sería que los pacientes aceptarán vivir de acuerdo con las probabilidades y encarasen el pequeño riesgo de que algo funcione mal.

8. Las personas naturalmente suponen que sería estupendo que ellas y las demás vivieran para siempre. Sin embargo no sería legítimo, en especial si el proceso de envejecimiento continuara mientras vivimos. Olvidan que si los humanos vivieran para siempre, tendrían que poner un límite a la natalidad, pues el planeta se sobrepoblaría de manera que no quedaría lugar ni siquiera para estar de pie.

2.3. Cómo aplicar la terapia racional emotiva para superar la muerte de un familiar Terapia racional emotiva para superar la muerte de un familiar.

Si tras la muerte de un familiar la persona encuentra difícil adaptarse a ello, podrá apoyarse con una intervención de segundo orden, utilizando la metodología de la terapia racional emotiva.

Uno de los objetivos de aplicar la terapia racional emotiva para enfrentar la muerte de un familiar es que los parientes, amigos, etc, que sobreviven puedan hacer el trabajo del duelo en el menor tiempo posible, sufriendo lo menos posible. Por ello, es importante conocer en primer lugar el tipo de muerte del familiar, para así iniciar con la intervención. En este mismo sentido, Weisman (citado en Slaikeu, 1988, pp 53), sugiere que la intervención inicial, después de una muerte debería dirigirse a transformar cognoscitivamente las dificultades en formas más aceptables.

Se propone realizar la terapia en el menor tiempo posible, máximo 6 sesiones y un seguimiento. A continuación se presenta la manera en la cual podrá realizarse.

Sesión	Objetivo	Metodología
1	Conseguir que los pacientes admitan que se están autoculpano o están enfadados.	Para ello primero se preguntaría sobre las emociones y sentimientos que esta experimentando, lo que permitirá identificarlos y evaluarlos.
2	Que actúen en contra, cambien u erradiquen sus sentimientos de ansiedad y hostilidad.	Al haber identificado y evaluado sus emociones y sentimientos podrán realizar conductas que vayan en contra de ellos, o retomar conductas que tenían antes y han dejado de realizar, por la muerte de su familiar. Por ejemplo, si antes solían ir al cine y lo han dejado de hacer, incitar al paciente a que retome esta conducta.
3	Si en el proceso expresan actitudes negativas previamente suprimidas o reprimidas hacia sí mismos y a los demás, está bien.	Si durante la terapia el paciente habla sobre su tristeza, culpabilidad, mencionarles que es natural tener sentimientos parecidos, después de la muerte de un familiar.

		<p>Sin embargo hay que ayudarlo a encontrar la raíz de esta creencia. Lo anterior lo se logrará cuestionándolo o dándole argumento lógicos como "Las personas naturalmente suponen que sería estupendo que ellas y las demás vivieran para siempre. Sin embargo no sería legítimo, en especial si el proceso de envejecimiento continuara mientras vivimos. Olvidan que si los humanos vivieran para siempre, tendrían que poner un límite a la natalidad, pues el planeta se sobrepoblaría de manera que no quedaría lugar ni siquiera para estar de pie."</p>
4	<p>Es muy importante enseñar a los clientes clara y concretamente tres clases de insights:</p> <p>Insight 1: Ayudar al paciente a que note que las emociones y sentimientos que tiene son consecuencia de las creencias que se ha formado a lo largo de su vida y que en consecuencia, afectan la forma en la cual maneja la muerte de su familiar.</p> <p>Insight 2: Que los clientes lleguen a comprender que la razón por la cual las causas originales todavía les trastorna y perturba, es porque todavía creen en las ideas o creencias irracionales que adquirieron anteriormente y continúan repitiéndoselas interminablemente.</p> <p>Insight 3: Que el cliente note que no existe otro medio para superar su trastorno emocional.</p>	<p>Como se logrará cada uno de los insights:</p> <p>1-Indagar sobre los sentimientos que tienen y relacionarlos con sus pensamientos u ideas, ejemplo: ¿Cuándo se siente triste, que pensamientos pasan por su mente?</p> <p>2- Cuando mencionen sus ideas, cuestionar sobre qué ha hecho que crean en ellas, además las pruebas que tienen de que estas sean ciertas.</p> <p>3- Enseñar al paciente que debe observar, cuestionar y rebatir su propio sistema de creencias y su trabajo o puesta en práctica para cambiar sus propias suposiciones filosóficas irracionales por medio de una activa contra propaganda verbal y motora.</p>
5	<p>El terapeuta debe de enseñar a pensar al cliente, pues aceptan ciegamente las suposiciones que defienden y a repetírselas sin pensar como si fuera la verdad.</p>	<p>Motivarlo a que examine las frases que dice para crear sus emociones. Haciéndole preguntas como: ¿Qué pruebas tiene de que lo que dice es cierto?</p>
6	<p>Ayudar a que descubran y clarifiquen las suposiciones filosóficas que le crean sus trastornos, les ayuda de una forma persistente y observadora a que las anulen.</p>	<p>Al animar a los clientes a pensar con rigor en esas suposiciones quizás por primera vez en sus vidas, el terapeuta les ayuda a ver su falsedad y a reconocer, con tal de que se mantengan estas creencias, que lograrán los resultados neuróticos emocionales y conductuales que ahora están padeciendo.</p>

Seguimiento	Después de haber terminado la intervención terapéutica se sugiere hacer un seguimiento, con el fin de conocer como ha evolucionado el paciente y saber si los cambios que ha realizado en su vida persisten o en dado caso ha recaído.	Para el seguimiento se dará una nueva cita para hablar de los cambios que ha realizado en su vida en general.
-------------	--	---

Después de vivir el proceso psicoterapéutico se espera que la persona tenga:

- El mínimo de ansiedad o angustia, culpabilidad, depresión, auto-culpa, enfadado y reducida tolerancia, que transformen cognoscitivamente las dificultades en formas más aceptables.
- Se adapte a los nuevos cambios que han sucedido en su vida, enfrentando el suceso de la crisis.
- Integre el suceso a la estructura de la vida.
- Establezca la disposición para enfrentar el futuro.

III CONCLUSIONES

En la vida los seres humanos enfrentarán diferentes circunstancias que generarán alguna crisis, la muerte de un familiar es una de ellas, que cualquiera en algún momento tendrá que vivir. Al no ser superada de manera exitosa puede acarrear situaciones difíciles o inadaptaciones para la vida cotidiana, con el presente trabajo se puede concluir:

- En primera instancia, el uso de la intervención en crisis de segundo orden, se debe a que la muerte del familiar ya sucedió, en consecuencia se presenta una situación que modifica la vida de las personas que experimentan tal acontecimiento.
- En ocasiones, tras la muerte de un familiar el proceso del duelo continúa, más aún cuando la muerte llega a ser repentina, pero si el proceso de duelo es tratado se presume la posibilidad de prevenir una inadaptación en la vida posterior, por tanto se puede prevenir psicopatologías.
- En el sentido de superar la muerte de un familiar, es importante que la persona comprenda que su pérdida es definitiva, pero se dificulta que alguien pueda permanecer mucho tiempo en esta idea, así que queda la tarea de resolver el problema, puesto que las personas experimentarán ansiedad, culpabilidad, depresión y enfado, por las ideas o creencias irracionales que defienden, así que se tendrá que inducir al cliente a que las deje, al igual que los comportamientos auto-destructivos que a veces los acompañan. Además se debe ayudar a potenciar al máximo la forma racional de pensar y de creer, para ello se puede utilizar la intervención en crisis, que es un proceso terapéutico a corto plazo, el cuál va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato, también dirige la resolución de la crisis.
- Ahora bien, utilizar la terapia racional emotiva se apoya en el hecho de que las personas tienen ciertas creencias irracionales, que se han repetido a lo largo de su existencia y las consideran absolutas, estas influyen en las crisis o sucesos que experimentan en su vida, además ayudan a crear sentimientos y acciones que sabotean de afrontar un determinado **A** desagradable, por ende, es importante que las personas identifiquen sus creencias irracionales, pues influirá en la forma para superar la muerte de un familiar.
- Cabe hacer mención, que este enfoque es breve, por ello los terapeutas son más activos, directivos y orientados hacia la meta, que en situaciones de no crisis, pues tienen acceso a las dificultades, las necesidades inmediatas y los recursos de ayuda.
- Recapitulando la intervención involucra tres áreas generales: 1) Facilitar la comunicación entre las personas en crisis, otros significantes, instituciones, etc., 2) ayudar al individuo o

familia que perciban correctamente la situación, con un enfoque sobre sucesos concretos, sus significados y posibles resultados, por último, 3) ayudarlos en el manejo de sentimientos y emocionales de manera franca. .

- Finalmente, después de vivir el proceso psicoterapéutico se espera que la persona tenga el mínimo de ansiedad o angustia, culpabilidad, depresión, auto-culpa, enfadado y reducida tolerancia, que transformen cognoscitivamente las dificultades en formas más aceptables, así como el hecho de adaptarse a los nuevos cambios que han sucedido en su vida y cuente con nuevas formas de enfrentarse a las crisis que experimente.

IV. BIBLIOGRAFÍA

- Ψ Boss, Pauline (2001). La pérdida ambigua: Cómo aprender a vivir con un duelo no terminado. España, Editorial: Gedisa.
- Ψ Bowlby, John (1980). La pérdida afectiva: Tristeza y depresión. España, Ed Paidós Psicología Profunda.
- Ψ Buendía, José (1997). Gerontología y Salud: Perspectivas actuales. España, Ed. Biblioteca Nueva.
- Ψ Ellis, Albert (1999). Una Terapia breve más profunda y duradera: Enfoque teórico de la Terapia Racional Emotivo-conductual. España, Ed Paidós.
- Ψ Ellis, Albert y Eliot Abrahms (1980). Terapia racional emotiva: Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad. Ed. PAX México 9ª reimpresión. Colombia.
- Ψ Ellis, Albert y Grieger, Russell (1981). Manual de terapia Racional-Emotiva, 7ª edición. Biblioteca de Psicología. Ed. Desclée de Brouwer. Ixtaropena.
- Ψ Espinosa, Rosario (1992). Ciclo vital en familias de México. Tesis en Maestría. En terapia Familiar. Universidad de la Américas, México.
- Ψ Goldbeter-Merinfelg, Edith (2003). El duelo imposible: Las familias y la presencia de los ausentes. Ed Herder, España.
- Ψ Kübler-Ross (2004). Sobre la muerte y los moribundos: Alivio del sufrimiento psicológico para los afectados. Ed. de bolsillo.
- Ψ Morín, Edgar (1974) El hombre y la muerte. Ed. Kairós. Barcelona.
- Ψ Ochoa, Inmaculada (1995). Enfoque en terapia familiar sistémica. Editorial Herder, España.
- Ψ Reyes, Alfonso (1991). Curso fundamental de tanatología: Depresión y Angustia. Dr. L. Alfonso Reyes Zuburía. México
- Ψ Slaikeu, Karl (1988). Intervención en Crisis: Manual para Práctica e Investigación. Manual Moderno, México