

73364



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA

001

31921

PI

1988-3

IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS EFECTOS PSICOLÓGICOS QUE SURGEN EN PACIENTES EN RELACIÓN CON LA MUERTE, UNA ALTERNATIVA PARA UN MEJOR ENFRENTAMIENTO



U.N.A.M. CAMPUS IZTACALA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

MARGARITA LIVIA PEREDA REYES

COORDINADOR:

LIC. JOSE DE JESUS VARGAS FLORES



LOS REYES IZTACALA

1988

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A MI MADRE:
QUE CON SU ESFUERZO, APOYO
Y MOTIVACION HIZO POSIBLE
LA CULMINACION DE UNA CARRERA
PROFESIONAL.

A MIS HERMANDOS:
QUE GRACIAS A SU AMOR. ADMIRACION,
TALENTO, ESPIRITU Y TOLERANCIA ---
CONTRIBUYERON A LA REALIZACION DE-
MI VIDA PROFESIONAL.

HAGO PATENTE MI AGRADECIMIENTO
POR LA VALIOSA DIRECCION Y --
COLABORACION AL LIC. EN PSICOLOGIA
JOSE DE JESUS VARGAS FLORES.

DOY GRACIAS A MI UNIVERSIDAD
POR LA OPORTUNIDAD QUE ME BRINDO.

Y ASI MISMO, A MIS PROFESORES --
ESPECIALMENTE A PATY TRUJANO Y -
J. ESTEBAN VAQUERO, QUE GRACIAS-
A SUS EFICIENTES CONOCIMIENTOS -
IMPARTIDOS HICIERON POSIBLE LA -
REALIZACION DE LA PRESENTE INVES
TIGACION, LA CUAL ME PROPORCIONO
UN ENORME APRENDIZAJE.

AGRADEZCO TAMBIEN
AL Dr. EDUARDO J. GRACIDA KING
JEFE DE ENSEÑANZA DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE -
LA CLINICA 58 "LAS MARGARITAS",
QUIEN ME BRINDO LA OPORTUNIDAD
DE REALIZAR LA INVESTIGACION EN
ESTA CLINICA. -

I N D I C E

IZT: 1000902

	Paqs.
RESUMEN	1
INTRODUCCION	3
CAPITULO I. <u>PERSPECTIVA DE LA MUERTE EN DIFERENTES CULTURAS</u>	9
A) La muerte entre los Nahuas	11
B) La experiencia de la muerte en la Cultura -- India	20
C) Los Griegos y su perspectiva de la muerte	26
D) La idea de muerte en la Cultura Egipcia	29
E) Los Hebreos y su concepto de muerte	32
CAPITULO II. <u>ANALISIS DE DIFERENTES PERSPECTIVAS SOBRE EL COMPORTAMIENTO MANIFESTADO POR EL HOMBRE ANTE EL SUCESO DE LA MUERTE</u>	41
A) El Psicoanálisis y su perspectiva sobre las actitudes presentadas por el hombre ante el afrontamiento de la muerte	43
B) Análisis de la Teoría Cognitivo Conductual sobre los efectos psicológicos presentados por aquellas personas que enfrentan la -- muerte en forma colateral.	54
CAPITULO III. <u>ALGUNAS INVESTIGACIONES CLINICAS SOBRE LOS EFECTOS PSICOLOGICOS PRESENTADOS POR LOS FAMILIARES DE PACIENTES DESAHUCIADOS</u>	63
A) Intervenciones realizadas en aquellas familias que enfrentan la muerte de una manera colateral.	65

	Pags.
B) Análisis sobre las intervenciones realiza das en aquellas familias que enfrentan -- una muerte cercana	69
CAPITULO IV <u>REPORTE DE UN ESTUDIO PRELIMINAR</u>	
Método	73
Resultados	81
Análisis de resultados	87
Tablas y Figuras	90
CAPITULO V <u>REFLEXIONES PERSONALES SOBRE LA IMPORTANCIA DE BRINDAR APOYO PSICOLOGICO A LOS FAMILIARES DE- PACIENTES DESAHUCIADOS</u>	100
DISCUSION Y CONCLUSIONES	122
ANEXO 1	128
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	131

Resumen

Debido a que el ser humano ha manifestado un enorme temor por el suceso de la muerte, aún cuando ésta es parte integral de la vida; resultó importante investigar el impacto que causa la -- muerte en la unidad familiar, ya que autores como Hinton (1974), -- Marcovitz (1970), Sobel (1981), Wahl (1970), y otros señalan los efectos psicológicos presentados por aquellas personas que enfrentan una muerte cercana; argumentando Jackson (1959), Lieberman -- (1976), y Laqueur (1976) entre otros, la importancia de brindar -- apoyo psicológico a los familiares que se enfrentan a esta situación. Debido a esto, la principal finalidad de la presente investigación consistió en brindar apoyo psicológico a aquellos sujetos que enfrentaron la posible muerte de un ser querido, al presentar éstos una serie de perturbaciones tales como: depresión, -- sentimientos de culpa, coexistencia de sentimientos ambivalentes, ansiedad, enfermedades psicósomáticas, autopunición, etc. Esto -- con el propósito de ayudar a los sujetos a que percibieran la --- muerte de una manera objetiva y constructiva, y, no cómo una fuerza negativa o algo destructivo.

De este modo, la investigación se llevó a cabo en la clínica 58 "Las Margaritas" del IMSS, trabajándose con los familiares de 13 sujetos desahuciados. La población con la que se realizó la investigación estuvo conformada por 12 mujeres y 1 hombre -- cuyas edades fluctuaron entre 17 y 70 años. El diseño empleado -- consistió en un Pretest-Posttest ya que se trabajó en un ambiente natural; quedando establecida la variable independiente (VI) cómo el uso de la TRE en aquellos sujetos que enfrentaron la muerte de manera colateral. Esto es, la muerte de un ser querido. Mientras -- que la variable dependiente (VD) fué definida cómo las actitudes manifestadas por cada uno de los sujetos hacia la posible muerte de un familiar. La investigación se llevó a cabo en dos sesiones debido a una serie de limitaciones que son señaladas a lo largo --

del trabajo. A través del pretest se detectaron en casi todos los sujetos la presencia de conductas tales como: ansiedad, depresión y evitación. Mientras que en el postest, que sólo pudo ser aplicado a un sujeto se observó un decremento en las conductas antes señaladas.

En suma, esta investigación permitió detectar los efectos psicológicos presentados por los familiares de los sujetos desahuciados. Viéndose limitada para demostrar concluyentemente la efectividad de la Terapia Racional Emotiva al verse reducida su aplicación a dos sesiones, debido a las condiciones presentadas por los sujetos desahuciados. Por tanto, quedá pendiente por ahora la tarea de descubrir la efectividad real de la TRE a un nivel cuantitativo; ya que a un nivel cualitativo pudo reflejarse un bienestar con aquellos sujetos al tratar de manejar sus propias respuestas adaptativas a esa situación crítica, vivida que es el afrontamiento de la muerte de un ser querido.

INTRODUCCION

> Dado que la muerte es una parte integral de nuestra existencia humana y, por tanto, un hecho natural e inevitable en --- nuestras vidas. Resulta sumamente importante tener un conoci--- miento apropiado sobre la perspectiva y los sentimientos que -- genera el hombre hacia dicho suceso.

De esta manera, es conveniente señalar que son innumera-- bles /las emociones que la muerte suscita, tales como: temor, --- tristeza, angustia, desesperación, resentimiento, resignación, - desconfianza, lástima, avaricia, sensación de abandono y, hasta- cierto punto, prácticamente todas las emociones que pueden darse en el hombre. Siendo la más común de todas, la del temor, aun-- que también la tristeza constituye un importante factor al res-- pecto, ya que la tristeza se experimenta ante la pérdida de algo que se tiene en aprecio; esto es, cuando una existencia que se - estima toca a su fin. La indignación es otro sentimiento que se halla estrechamente relacionado con la muerte, que puede culmi-- nar en el resentimiento ante ella, lo cual es capaz de destruir- todo gozo y esperanza.

De este modo, es importante enfatizar que la muerte es - evadida, ignorada y negada por nuestra sociedad, considerándola- como algo obsceno, al encontrar cierta similaridad con la sexua- lidad que es una de las características de nuestra animalidad. Percibiéndolo así el hombre a la muerte como su enemigo número uno (Gorer, G. 1965)

¡Luego entonces, lo que se puede apreciar a través de lo- señalado anteriormente, es que al no concebir el hombre a la --- muerte como un proceso natural, la percibe como una amenaza, co- mo algo injusto, como un castigo; por lo que prefiere negarla, - evadirla e ignorarla ante el gran temor que le causa, temor que- es universal y, que no sólo es manifestado al pensar en nuestra- propia muerte, sino al pensar también en la muerte de los demás.]

Esto es, familiares, amigos, etc. De ahí que sea importante hacer un análisis no sólo sobre ese temor manifestado por la propia muerte sino también por la muerte de los demás; ya que ambas situaciones propician toda una serie de efectos psicológicos que en la mayoría de las veces se presentan como reacciones patológicas de depresión, sentimientos de culpa, los cuales a su vez pueden generar toda una serie de enfermedades somáticas; cardiovasculares, gastrointestinales, pérdida de la conciencia, ansiedad, autopunción, suicidio, ambivalencia (Marccvitz, 1970).

Hinton (1974) añade que aquellas personas que enfrentan una muerte cercana presentan un torbellino de emociones que dan origen a amplios cambios en su conducta. Así señala, apatía en las personas que inhibe sus esfuerzos, propiciando movimientos lentos; revelando su comportamiento y su expresión una gran tristeza, angustia. Sin embargo, enfatiza que no siempre se presenta apatía, ya que por el contrario algunas personas dan muestra de una incesante actividad mal controlada; por ejemplo, inician trabajos que rara vez llevan a término, sentándose por un momento y levantándose de nuevo para entretenerse con alguna otra cosa. No manifiestan ganas de comer, y en ocasiones el sueño tarda en venirles a causa de la agitación a que se ven sometidas sus mentes y sus cuerpos. Presentando también sentimientos de culpabilidad que en ocasiones llegan a ser tan agudos que alcanzan intensos niveles de decepción limitándolos ese estado de decepción para ver que la vida puede -- resultar gozosa de nuevo, una vez que el dolor haya cesado. Por lo que en ocasiones al sentir que su vida no tiene ningún sentido la ponen a término (suicidio).

Así Hinton enfatiza la presencia de reflexiones obsesivas, síntomas corporales de fatiga, insomnio, falta de apetito, pérdida de peso, etc., que pueden formar parte de una profunda depresión del estado de ánimo.)

Ahora bien, dados los efectos psicológicos presentados por aquellas personas que afrontan la muerte propia, cómo la de un ser querido, el cual ha sido desahuciado por la Ciencia Médica. Emerge un interés particular por crear una investigación que aborde --

únicamente los efectos psicológicos presentados por los familiares de pacientes desahuciados; sin restarle por esto en ningún momento importancia a los efectos psicológicos presentados por aquellas personas que afrontan su propia muerte.]

De esta manera, [la finalidad de que se lleve a cabo un trabajo sobre los efectos psicológicos que emergen en aquellos pacientes que afrontan una muerte cercana, consiste en la elaboración de un proceso terapéutico que permita intervenir sobre -- las perturbaciones presentadas a nivel psicológica; mitigando o eliminando de ser posible dichas perturbaciones -depresión, sentimientos de culpa, coexistencia de sentimientos ambivalentes, -ansiedad, enfermedades psicosomáticas, colitis ulcerosas, asma, etc.-, para que puedan percibir la muerte de una manera objetiva y constructiva; y no como una fuerza negativa o algo destructivo. Permitiéndole que a través de la aceptación de la muerte de un ser querido de manera objetiva y constructiva, le transmita el familiar al sujeto desahuciado esos sentimientos de tranquilidad.]

Así, [siendo esta la finalidad podemos observar el proceso de las personas que enfrentan una muerte cercana y, su lucha por aceptar la inevitabilidad de la muerte.]

Ahora bien, al ser la finalidad la intervención sobre -- las perturbaciones presentadas a nivel psicológico, no se puede perder de vista la importancia que tiene el presente trabajo tanto a un nivel social como teórico.

Por tanto, en lo que respecta a la importancia social -- podemos apreciar el problema presentado por aquellas personas -- que enfrentan una muerte cercana. Esto es, la serie de perturbaciones manifestadas por dichas personas y, que de no intervenir se sobre éstas, pueden conducir a los sujetos a un desenlace fatal. Luego entonces, la importancia social consiste en intervenir no solamente a un nivel aplicado, sino también a un nivel -- preventivo. Pues al tener conocimiento sobre los efectos psicológicos que pueden presentarse; resulta posible elaborar un método terapéutico que permita intervenir antes de que dichas perturbaciones se presenten o se agudicen. Devolviendo por tanto, ---

Detectar las actitudes de las personas con respecto al concepto de muerte.

un bienestar a aquellas personas que enfrentan una muerte cercana

Antes de señalar la importancia que tiene este trabajo a un nivel teórico; resulta importante enfatizar que la Psicología no ha intervenido a un nivel aplicado en este campo. Por lo que la presente investigación ofrece una gran aportación al ser un -- estudio pionero a través del cual se pretende buscar respuestas a nuestras ansiedades y actitudes acerca de la muerte; con el fin de idear un proceso terapéutico que permita intervenir en este -- campo que al parecer ha sido olvidado por la Ciencia. Y, que no hay que perder de vista, que la muerte ya sea propia o de algún -- ser querido es una realidad inevitable, por lo que sería conveniente tener un mayor conocimiento sobre ésta, como se señaló en un inicio.

Luego entonces, la importancia teórica estriba en permitirle a la Psicología ampliar sus conocimientos sobre el ser humano, con el fin de que intervenga en aquellos campos no explorados o en los que sólo han tenido lugar otras disciplinas como es la Medicina; sólo que esta última ha entrado en contacto con la muerte en lo que respecta al tratamiento de las enfermedades que ponen en peligro la vida; mientras que la Psicología afrontaría a la muerte a través de los conflictos sufridos por las personas en sus vidas, ocasionados precisamente por el suceso de la muerte.

De acuerdo a lo señalado anteriormente, se puede apreciar que es un hecho evidente los efectos psicológicos presentados por aquellas personas que afrontan una muerte cercana. De ahí, que la finalidad de este trabajo sea cómo se mencionó anteriormente la intervención sobre dichos efectos, con el objetivo de enseñarles a estos sujetos una serie de estrategias que les permitan --- afrontar la muerte de un ser querido de una forma objetiva y constructiva. Esto es, ayudándolos a alcanzar una mayor conciencia de la índole y de la raíz misma de sus sufrimientos; a partir del -- análisis sutil de los temores que los oprimen.

Luego entonces, para una mejor comprensión y desarrollo -- el presente trabajo se ha dividido en cinco capítulos a lo largo de los cuales se acentúa la importancia de llevar a cabo una in--

investigación más ardua sobre este tópico. Así el primer capítulo hace referencia a la forma peculiar en que diferentes culturas - han percibido la muerte; apreciándose la serie de mitos que estas culturas han generado para dar cuenta del origen y significado de ésta. Ofreciendo así, una mayor comprensión sobre la manera en que el ser humano se ha enfrentado al suceso de la muerte a lo largo de la historia.

En el capítulo dos, se presenta la forma en que diferentes perspectivas teóricas se han preocupado por ofrecer una explicación sobre el comportamiento mostrado por el ser humano ante el hecho de la muerte; con el fin de que permitan la propuesta a alguna alternativa de tratamiento o prevención que ayuden - a intervenir sobre la conducta humana y su experiencia.

El capítulo tres señala aquellas investigaciones que se han llevado a cabo con los familiares que enfrentan una muerte - cercana, permitiéndolo conocer la manera en que se ha intervenido para modificar los patrones de interacción desadaptados, presentados por estas personas.

En el capítulo cuatro, se presenta el reporte de un estudio preliminar, en el que se describe la manera en que se llevó a cabo el estudio aplicado con los familiares de los pacientes desahuciados. Esto a través de su participación en dinámicas vivenciales y discusiones que les permitiera plantear su problema, compartirlo y, elaborar una serie de perspectivas que les ayudara a enfrentar el fenómeno de una forma analítica, crítica, desprendiendo una serie de conclusiones que les permitiera crecer emocionalmente. Así como el entender, respetar y apoyar al desahuciado.

Una vez presentado el reporte del estudio preliminar; se hará referencia a los resultados obtenidos en la aplicación del trabajo. Permittiéndole al lector hacer un análisis de éstos, -- con el fin de ampliar este tipo de investigaciones.

En el capítulo cinco se presenta el procedimiento inicial, que consistió de nueve sesiones el cual no pudo ser aplicado por las limitaciones que se señalan a lo largo de las conclu-

siones. Haciéndose una serie de reflexiones personales sobre -- dicho procedimiento; así como de la importancia de brindar apoyo psicológico a los familiares de pacientes desahuciados.

En la última parte de este trabajo se expone la discu--- sión así como las conclusiones a las que se llegó. Corroborándose la información proporcionada por algunos autores sobre los -- efectos psicológicos presentados por aquellas personas que afron^{tan} una muerte cercana, al ser fuerte el impacto que propicia la muerte en la unidad familiar, así como de la importancia de brin^{dar} apoyo a este tipo de pacientes. Evaluándose a un nivel cuali^{tativo} la efectividad del apoyo psicológico brindado a este tipo de sujetos en la presente investigación, ya que de alguna manera pudo apreciarse el bienestar proporcionado a estas personas, al^{ayudarlos} a alcanzar una mayor conciencia de la índole y de la - raíz misma de sus sufrimientos; a partir del análisis sutil de - los temores que los oprimen.

CAPITULO I

PERSPECTIVA DE LA MUERTE EN DIFERENTES
CULTURAS.

- ✓ A) La muerte entre los Nahuas.
- ✓ B) La experiencia de la muerte en la Cultura India.
- ✓ C) Los Griegos y su perspectiva de la muerte
- D) La idea de muerte en la Cultura Egipcia.
- E) Los Hebreos y su concepto de muerte.

CAPITULO I

PERSPECTIVA DE LA MUERTE EN DIFERENTES CULTURAS.

Se debe reconocer que la muerte tiene un verdadero significado, dado que es una parte integral en nuestras vidas. Sin embargo, nos encontramos que la acepción que se le ha dado a la muerte no es positiva, de ahí, que surja la inquietud de preguntarnos ¿Por qué si la muerte es una parte de la existencia humana el hombre la considera como un sujeto que debe ser evadido, ignorado, temido y negado? ¿Por qué aún cuando sabemos que la muerte está presente insistimos en no reconocerla?

Ante este tipo de cuestionamientos, resulta importante -- recurrir a la búsqueda de explicaciones que nos permitan comprender por un lado, nuestra naturaleza humana y, por otro lado, la actitud tomada por el ser humano ante el hecho de la muerte. Luego entonces, en el presente capítulo, se describirá y analizará la forma peculiar en que diferentes culturas han percibido la muerte; apreciándose la serie de mitos que estas culturas han --- generado para dar cuenta del origen y significado de ésta; así -- como la apariencia de castigo que se le ha dado a la muerte ante una mala acción, de ahí que algunas culturas llevaran a cabo ritos de arrepentimiento y expiación. Al describir distintas culturas, se podrá estimar cómo prácticamente no existe ninguna civilización que carezca de fé en alguna forma de existencia posterior a la muerte.

De esta manera, el propósito de este capítulo, estriba--- en obtener una mayor comprensión sobre la manera como el ser humano se ha enfrentado a este suceso a lo largo de la historia, -- permitiéndonos además descubrir el significado y el valor de --- tener una confrontación positiva con la muerte que nos ayude a -- modificar nuestras actitudes hacia ésta, para saber enfrentarla -

y, no verla con sufrimiento, miedo y dolor, sino aprender a encararla para apreciar la riqueza de la vida.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, citaré a ---- Shneidman (1976) quien ha señalado que las diferentes culturas -- elaboran distintas estrategias para manejar la idea de muerte. A este respecto, Toynbee (1968), presenta algunas de esas estrategias específicas que algunas culturas han trabajado para nego-- ciar con el hecho de la muerte; estrategias que estan funcional-- mente relacionadas a la religión de la cultura, la filosofía, las instituciones legales, políticas y, a las condiciones socioeconó-- micas de un período particular, como podrá observarse en el de--- sarrollo del capítulo.

Así, Toynbee añade que quizá una de las habilidades más-- utilizadas por las culturas para negociar con el concepto de muere te es la negación; pues el individuo no concibe que la muerte -- signifique el final de su existencia, considerando este punto --- Shneidman como una de las visiones que más han destacado sobre -- la muerte. No obstante, antes de considerar -al igual que Toynbee- a la negación como una de las estrategias más utilizadas por el - hombre, resulta pertinente, iniciar con la descripción de la va-- riedad de creencias y prácticas que existen en distintas culturas con la finalidad de que nos permita percibir la evolución que ha-- tenido el hombre en su perspectiva hacia el hecho de la muerte, - así como recuperar el sentido de ésta como parte integral de la - vida.

A). La muerte entre los Nahuas

Entre los antiguos mexicanos, la muerte era un fenómeno - siempre presente en la sociedad. no se ocultaba, se exhibía. se - ponía al descubierto y se enfrentaba; por lo que al parecer la -- carga psíquica que dá un tinte trágico a la existencia del mexica no. hoy como hace dos y tres mil años, no es el temor a la muerte sino la angustia ante la vida, la conciencia de estar expuesto, y con insuficientes medios de defensa, a una vida llena de peligros llena de esencia demoníaca. Westheim (1983) recuerda las pala--- bras que el padre nahua decía a su hija cuando ésta llegaba a la edad de 6 ó 7 años: "...Aquí en la tierra es lugar de mucho llanto, lugar donde... es bien conocida la amargura y el abatimiento. Un viento como de obsidiana sopla y se desliza sobre nosotros... no es lugar de bienestar en la tierra, no hay alegría, no hay felicidad" (Códice Florentino. Lib. VI, trad. de Miguel León-Portilla).

Luego entonces, puede apreciarse que el México antiguo no temblaba ante Mictlantecuhli, el dios de la muerte: sino ante -- esa incertidumbre que es la vida del hombre que llamaban Tezcatli poca, portador de la desdicha que tiene preparado para el Hombre--- más de siete formas de infortunio.

En una alta cultura como la desarrollada en Mesoamérica - la conceptualización de la muerte resulta compleja y, debido a la falta de fuentes directas, en muchas ocasiones confusa; pues el - arrasamiento de las costumbres y de la cultura por parte de los - conquistadores fué tal, que lo que sabemos de esa cultura fué --- a través de ellos mismos (Conquistador anónimo, Bernal Díaz del - Castillo) y de los frailes que tuvieron la misión de recolectar- costumbres y formas de vivir (Sahagún, Mendieta, Durán, Motoli--- nía, Las Casas). Esto no quiere decir, que las costumbres murie- ron junto con el esplendor del gran imperio azteca. Lo que --- ocurrió fué que las costumbres se transformaron, se sincretizaron y se siguieron realizando en una forma subterránea. El mexicano-

es heredero de esta fusión violenta entre las dos culturas. Se habla español, se es católico y se toman muchas costumbres europeas; todo esto, con una mezcla de la vieja cultura Mesoamericana. De ahí que surja una cultura distinta con una cosmovisión muy particular.

De esta manera, en la cosmovisión azteca de la muerte --- tenemos que cuando alguien nacía, inmediatamente se consultaba -- con el calendario para ver bajo que advocación había nacido. Así, dependiendo del día de su nacimiento, las estrellas le preparaban un destino predeterminado y por lo tanto, también, una forma de-- terminada de morir. En la conceptualización azteca del universo-- existía la idea de que los dioses habían creado a los hombres para ser servidos y continuar con el crecimiento universal.

Entonces, no existía la concepción cristiana de un total-- libre albedrío que determinara castigos o recompensas después --- de la muerte. El hombre era libre en cierta medida pero tenía -- obligaciones que cumplir, no tanto por miedo a un castigo sino -- para ayudar a que el universo en que vive y muere, continuara mo-- viéndose adecuadamente. El castigo que sí lo había, pasaba a un - segundo plano. Entonces la conducta del hombre sobre la tierra no estaba en función de recompensas y castigos ultraterrenos, sino - en función de ayudar a que el mundo continuara. Esto nos plantea - una concepción grupal más que individual. Lo importante sería -- entonces, el universo y no una salvación personal. De hecho, la-- idea cristiana de "salvación" no existía. El destino del hombre - más allá de la muerte no estaba determinado por la conducta, sino por el tipo de muerte que había tenido. Este tipo de muerte es-- taba predeterminado en gran parte por el destino y, en una mínima parte por las actividades de los hombres. Sin una parte, no po-- dría existir la otra.

Westheim plantea un paralelismo con la ideología cristia-- na, en donde el milagro de la resurrección de la carne, milagra - que el hombre debe a la pasión y muerte de Cristo, está sujeto a-- la condición de llevar una vida grata a Dios. Así, el día del --- juicio final los justos irán al cielo, mientras que a los répro--

bos se los tragarán las fauces del infierno. Por tanto, la promesa de que se sirve el cristianismo para lograr que el hombre venza su "debilidad", combata a la injusticia -incluso a la injusticia social- somete la conducta del cristiano a un alto ideal -- ético- religioso, y con este fin se ideó. Así, esta misma promesa introduce en todas las acciones del hombre el temor a la muerte, - al juicio universal, a la perdición eterna. Morir de "buena muerte" es morir en la seguridad de alcanzar la bienaventuranza. Para muchos místicos cristianos la vida terrena no es sino seducción - al pecado, peligro para la salvación del alma; en palabras conmovedoras expresan su ansia por pasar limpios a través de ese purgatorio que es la existencia del hombre en la tierra, por merecer - la vida verdadera que es la vida en la gloria.

Luego entonces, podemos vislumbrar como en el México antiguo no se aplazaba el castigo para después de la muerte; es decir, que la idea de supervivencia en el más allá no dependía de - una conducta regida por ciertos principios ético-religiosos, de - allí que se concitiera a la muerte como algo sencillo.

En lo que respecta a los sacrificios humanos, tenemos --- que fueron costumbres derivadas del Norte, cuando en tiempos remotos los mexicas se encontraban aún en Aztlán, que fué el lugar de donde partieron hasta asentarse en el Valle de México. El --- Dios solar Huitzilopochtli, era un dios de la guerra y por lo --- tanto sangriento. Su nombre significaba colibrí zurdo. Por razones biológicas el colibrí tiene un corazón muy grande con respecto a su tamaño, un tercio de su peso lo constituye su corazón; -- de ahí que se alimentara al sol con corazones humanos. Era el --- tributo del hombre para alimentar al sol. La muerte de los sacrificados, al alimentar al sol, hacía que el universo continuara -- en marcha. Por lo tanto, la muerte es fuente de vida; ya que permite que la vida continúe; ejemplificando Westheim con el surgimiento del maíz, el cual después de ser arrojado a las entrañas - de la tierra muere y renace transformado en una hermosa planta. Esta idea de la muerte como fuente de vida está de acuerdo con la interpretación psicoanalítica de Becker (1977).

El hombre imitó a los dioses al morir para que la vida -- continuara. En la mitología azteca, el sol fué creado por la inmolación del dios Nanahuatzin, siendo una de las condiciones del sol para que se moviera, que los dioses que vivían en la tierra muriesen para convertirse en las estrellas. Otro ejemplo mitológico es el del dios Tolteca Quetzalcóatl. Este dios se inmoló -- después de haber cometido algunos errores y de las brasas que --- quedaron después de su incineración, resucitó su corazón, convirtiéndose en la estrella de la mañana (estrella que actualmente -- conocemos como el planeta Venus), anunciador del nuevo día, de la vida que vuelve a nacer. Los hombres imitaban pues a los dioses con trabajo y sacrificios, contribuyendo con su muerte a que la vida continuara.

Como todos los hombres, la certeza de su destino no está constituida por una idea absoluta y total. Si bien las ideas --- expuestas eran firmes con respecto a la muerte, no dejaba ésta de ser temible y crear pesadumbre. En todos los funerales había -- abundantes lágrimas y manifestaciones de pena y pesar. León Portilla (1979) cita algunos poemas nahuas en que los Tlamatime -- o sabios se cuestionan sobre el destino deparado y se quejan amargamente de él. Uno de estos poemas citados es el siguiente.

¿A dónde iré?

¿A dónde iré?

El camino del dios de la dualidad

¿Acaso es tu casa en el sitio de -
los descarnados?

¿En el interior del cielo?

¿O solamente aquí en la tierra es-
el sitio de los descarnados?

(Cantares Mexicanos, fol. 35, cita
da en León Portilla, 1979).

Siguiendo a León Portilla, el cuestionamiento es claro -- existe la posibilidad de ir a algún sitio ultraterreno. pero también existe la posibilidad de que la vida concluya en forma definitiva con la muerte terrena y la aniquilación sea total.

No obstante, de alguna manera, se patentiza una concepción de la muerte en donde ésta, es el principio de una existencia nueva; -- de allí que lo que caracteriza el dominio del Dios de la muerte no es, una representación de la ruina, la destrucción, el aniquilamiento, sino una imagen simbólica de la resurrección. Basándose la idea de la resurrección humana, en la reaparición de los astros después de que han descendido detrás del horizonte al mundo de los muertos. (Westheim, 1983).

Una cosa es muy clara en la cosmovisión azteca de la muerte; el hombre tiene que trabajar, tiene obligaciones que cumplir aquí y en el otro mundo. No existen lugares ultraterrenos - nahuas en donde la ociosidad sea la principal actividad. No hay paraísos ociosos (López Austin, 1984).

Luego entonces, el hombre es creado por el Universo y éste continúa gracias al hombre. Es una relación simbiótica inherente e ineludible. Esta visión del mundo ayudaba a motivar al hombre para realizar sus actividades porque se sentía en deuda y formaba parte importante con el Universo. Creado y creador de vida, en la vida y en la muerte.

Ahora bien, ante la presencia de la muerte, cabe señalar que existe alguna confusión en los lugares a donde iban los muertos. Sin embargo, investigadores actuales (León Portilla, 1979; López Austin, 1984) concuerdan en que había cuatro sitios. Los muertos se dirigían a cualquiera de esos sitios dependiendo del tipo de muerte que habían tenido. Así, el primer lugar a donde iban los muertos, era el Tlalocan; allí se encontraban los ahogados, los muertos por un rayo, los hidropicos, los golosos y los muertos en sacrificio en honor a Tlaloc.

El Tlalocan era un paraíso en donde la única estación era el verano; encontrándose siempre una tierra fértil, abundancia de agua y de frutos. Este paraje se hallaba localizado en un mítico monte hueco de donde brotaban las nubes, los ríos y el viento que tonificaba a la tierra. Este tipo de lugar era un paraíso para el labrador que siempre tenía las condiciones ideales para trabajar.

El segundo sitio al que se dirigían los muertos, era el Mictlán, en donde gobernaba el dios Mictlantecuhtli y su mujer -- Mictēcacihuatl. A este lugar iban los que habían muerto en forma natural; es decir, por enfermedad o vejez. Este era el paraje -- menos glorioso de todos. Llegar al Mictlan era una empresa larga y peligrosa que duraba cuatro años; el peligro era latente y en cualquier momento se podía tener un desenlace fatal con el aniquilamiento. Por ejemplo, había que atravesar entre otras partes -- un lugar donde el viento sopla muy fuerte trayendo piedras filosas como navajas; otro paraje en donde dos carros se juntan y se separan constantemente; otro sitio custodiado por una gran serpiente; otro custodiado por una lagartija verde llamada Xochitonal (Sahaqún, 1979). Por último, era necesario cruzar un gran río llamado Chiconahuapan; para cruzarlo, el difunto era ayudado por un perro color bermejo que se sacrificaba en las exequias de éste. El sacrificio del animal era indispensable ya que al hacerlo cuando el muerto estaba en una orilla el perro que se encontraba en la otra orilla, reconocía a su amo e iba a ayudarlo. Cruzando el río, se encontraba con Mictlantecuhtli. El destino aquí es -- confuso, algunos autores dicen que en presencia del dios la aniquilación era total (Chavero, 1979); mientras otros dicen que la vida continuaba de una forma oscura (León Portilla, 1979). En todo caso, la reencarnación no era una idea aceptada.

El tercer lugar era llamado Chichihuacuauhue. A este -- sitio iban los niños que morían antes de tener uso de razón; había un gran árbol cuyos frutos eran senos de los que goteaba leche que los niños mamaban. En cierto momento se deja entrever -- la posibilidad de que retornarán nuevamente, pero la reencarnación no era una idea muy propagada, por lo que los niños tenían -- que pasar una eterna infancia colgados de este árbol. No se ---- concebía como un paraje desagradable, sino que se consideraba un paraíso infantil.

El último sitio era el más glorioso de todos. Este era -- llamado Tonátiuh Ilhuícatl o Cielo del Sol. A este cielo iban los muertos en combate, los muertos en sacrificio a los dioses y las

mujeres que fallecían durante el parto. Este privilegiado lugar estaba reservado a los guerreros en una sociedad en la que la guerra ocupaba un lugar primordial; a las mujeres muertas durante el parto se les consideraba como guerreras muertas en combate. Las actividades que tenían que realizar los guerreros era acompañar al sol (Huitzilopochtli) en su camino desde el amanecer hasta el cenit; lo acompañaban con cantos y haciendo sonar sus escudos. Al sol lo podían observar a través de los agujeros de sus escudos hechos por las flechas de los enemigos. Al llegar a la mitad del firmamento dejaban al sol y lo acompañaban ahora las mujeres-guerreras. Este acompañamiento por las mujeres divinizadas (cihuateteo) era hasta el ocaso. Después de haber cumplido con esta misión durante cuatro años, los muertos se convertían en colibríes que chupaban el néctar de las flores del cielo y de la tierra. Aquí, nuevamente es confuso si continuaban como colibríes un tiempo o eternamente; al parecer este estado feliz era eterno.

Resulta necesario precisar que el principal dios y guía azteca era Huitzilopochtli. Este era el sol y dios de la guerra. Su nombre significaba colibrí zurdo; siendo el dios más importante y la guerra una de las actividades más importantes del imperio azteca, es natural que el cielo del sol, era el lugar más privilegiado al cual podían acudir los muertos.

Como se ha visto, dependiendo del tipo de muerte que tener los aztecas se dirigían a determinados lugares. Por tanto, los ritos funerarios también eran distintos. Cuando se moría en la guerra, en ocasiones no era posible trasladar determinado número de cadáveres a distancias grandes, tomando en cuenta que el transporte era exclusivamente a pie, se tomaba una flecha del difunto para realizar los funerales en la ciudad. Para ello se tallaba una figura en madera que representaba el cadáver.

Existían dos tipos de ritos funerarios el entierro y la incineración; esta última modalidad era la más practicada. Exclusivamente se enterraban los que habían tenido una muerte bajo la advocación de Tláloc, los demás eran cremados. Había sacerdotes-

especiales que realizaban estos ritos; en cuanto alguien moría, acudían los mismos, los cuales preparaban el cadáver envolviéndolo en papel amate o en una serie de mantas que se ataban con mecates. Los ritos eran complejos, transcribiré un fragmento de lo que reporta Sahagún:

"Y luego los viejos ancianos y oficiales de tajar papeles cortaban, aderezaban y ataban los papeles de su oficio para el difunto, y después de haber hecho y aparejado los papeles tomaban al difunto y enoogíanle las piernas y vestíanle con los papeles y lo ataban; tomaban un poco de agua y derramabanla sobre su cabeza, diciendo al difunto:

Esta es la que gozasteis viviendo en el mundo; tomaban un jarrillo lleno de agua, y dánsele diciendo: veis aquí con que habeis de caminar; y poníansele entre las mortajas; así amotajaban al difunto con sus mantas y papeles, y atábanle reciamente... " (Sahagún 1979, p. 206).

Igualmente le ponían una piedra preciosa dentro de la boca que le serviría de corazón en la otra vida. Esta piedra era de la calidad que le permitía la posición económica del finado. Otra modalidad de vestimenta funeraria consistía en los atavíos de algún dios. A los guerreros con los arcos de Huitzilopochtli; a los ahogados como Tláloc; a los que morían ebrios como Ometachtli (dios del pulque); y a los que morían ajusticiados por adulterio se les vestía como Tlazolteotl (diosa de los placeres carnales y de los partos).

Posteriormente se unían al cuerpo diversas ofrendas que iban a servirle en su viaje al más allá y se realizaban los funerales al cuarto día. La fastuosidad de estos funerales dependía del rango del difunto, si era un macehuali (hombre del pueblo) o un huey tlatoani (rey del imperio). En el caso de los reyes se sacrificaban a algunos esclavos para que continuaran sirviéndole en la otra vida y también al perro bermejo. En el caso de gente de más bajo rango sólo se sacrificaba al perro.

Una vez incinerado el cadáver se recogían las cenizas y la piedra que se le había puesto en la boca. Se metían éstas --

en una caja que era enterrada en el templo. Las fiestas funerarias continuaban a los veinte, cuarenta, sesenta y ochenta días. Después cada año, siendo el último el cuarto año en que ya se -- había llegado al Mictlan o a los otros lugares.

No siempre eran incinerados los cadáveres; algunas veces se enterraban a los reyes en bóvedas junto con las joyas, armas y demás ofrendas. Esto lo sabemos por los mismos conquistadores que saquearon, como acostumbraban dichas tumbas.

8). La experiencia de la muerte en la Cultura India.

Bruce Long (1975) al hacer sus investigaciones sobre la -- percepción desarrollada por la cultura India sobre el hecho de la muerte, señala religiones tales como el hinduismo y el budismo -- que perciben a la muerte como "la ausencia de la presencia".

No obstante, la percepción de esta cultura no es tan sencilla pues Long menciona cómo a través de los escritos védicos, - se puede percibir la forma de conquistar a la muerte; la cual consistía en una serie de sacrificios que se llevaban a cabo en el - altar del fuego que simbolizaba al universo entero, sacrificios - que eran realizados con la finalidad de que los dioses proporcionaran a la humanidad abundancia de alimentos, descendencia, garantía de una larga vida, así como la protección de los ataques de - los enemigos del exterior. A través de este señalamiento realizado por Long, podemos intuir la presencia de un contrato implícito entre los dioses y la humanidad; pues a través de los sacrificios los cuales eran acompañados por alabanzas, himnos y rezos para -- las deidades se trataba de garantizar más vida.

De acuerdo a los escritos védicos, las personas de esta - cultura no mostraban una ansiedad por reconocer la inevitabilidad de la muerte; sin embargo, la finalidad de realizar los sacrificios acompañados de rezos consistía en posponer lo más que se pudiera la llegada de la muerte, lo cual nos habla de un temor natural hacia ésta.

En la cultura India, se plantea la existencia de una vida después de la muerte, en la que se lleva a cabo un juicio; pues - Long a través de su investigación menciona como al fallecer una - persona se tenía la creencia de que el alma era pesada en una -- balanza y recompensada o castigada de acuerdo a sus actos buenos- o malos; añadiendo que la parte de la persona que sobrevivía después de la muerte, era escoltada para la tierra de los muertos, - donde recibían los frutos de la felicidad o sufrimientos, de --- acuerdo a sus méritos basados sobre la realización de los ritos,-

su moral o sus fracasos. El otro mundo se concebía inicialmente como cielo-infierno que fué dividido más tarde para recompensar - al justo y castigar al pecador.

El renacimiento de aquellas personas fallecidas tanto -- buenas como malas, era recompensado de acuerdo a sus actos precedentes a la muerte. Enfatizando Long, que la calidad de la vida -- después de la muerte era determinada por el grado de fidelidad -- de una persona para ejecutar los ritos reliquiosos y conducta moral, como se señaló anteriormente.

Luego entonces, al plantearse la existencia de una vida -- después de la muerte, emerge la idea de la transmigración del alma (idea importante de los hindúes) que involucra una interminable repetición de nacimientos y muertes para estas almas; entendida la muerte como una estación de paso entre términos sucesivos de vida, dando lugar así a la transposición de nuevas formas de existencia. Para una mejor comprensión Long señala, que podríamos pensar en la metamorfosis de la mariposa, que representa una transición completa de una forma de vida a otra, que deja una -- crisálida abandonada sin que por ello haya muerto va que sólo se ha convertido de algo feo en un ser muy bello. De la misma forma al ver un cadáver suponemos que la persona que ocupaba ese cuerpo también ha muerto, cuando lo que ocurre es que esa persona ha salido del cuerpo dejándolo sin vida.

De acuerdo a lo mencionado hasta este momento, se puede -- señalar los cambios presentados por la cultura India; pues después de que durante las primeras fases de la religión védica se -- trataba de conquistar a la muerte por medio de los sacrificios, -- surge en la última fase de la religión védica, nuevas escuelas -- del pensamiento, con el interés de descubrir un principio de la vida y pensamiento que pudiera servir como una explicación más -- adecuada de la naturaleza del hombre, así como de la ideología -- que rodeaba al sacrificio. Esta religión que se sobrepuso a la -- antigua religión védica, fué el brahmanismo el cual predicó la -- creencia en un principio creador, el "brahman" que representaba -- lo absoluto, el alma universal, la esencia de todas las cosas, --

por lo que al convertirse en brahman se convertía en inmortal. -- Long hace énfasis, en que la forma que asuma este brahman en un momento dado y en un momento particular va a depender de la calidad de los actos pasados; así, el que haya sido bueno, volverá -- a convertirse en bueno, mientras que el malo volverá a ser malo.

De este modo, se habla de una relación causal no sólo --- entre las conductas realizadas en un término de vida dado y, los resultados de estas conductas en ese período de tiempo, sino también entre los resultados acumulados en un próximo tiempo de vida y quizá en los siguientes, hasta que los efectos de esas conduc--tas se vieran totalmente agotadas.

Lo importante que se destaca en el brahmanismo es que -- aunque perezca el cuerpo y pueda ser renovado, el alma no puede - ser dañada, ni morir; por tanto, el alma que está incorporada al cuerpo puede atravesar por las etapas de la niñez, la juventud, - la adultez, la vejez, sólo que al morir el cuerpo, el alma bus---cará incorporarse a otro cuerpo.

Con respecto a esto, Long señala como en la cultura India se consideraba de acuerdo a la Ley Universal que todo lo que mo--ría, nacía nuevamente y al nacer, volvía a morir; considerándose así, la inevitabilidad de la muerte sin que existiera razón alguna para la aflicción ante la presencia de este suceso. De acuerdo a la épica Hindú el Mahabharata (300 A.C. - 300 D.C.) intenta mitigar el dolor, la aflicción para los que han perdido algún ser haciendo alusión a la historia del origen de la muerte en la que se argumenta la necesidad y el valor de ésta como una parte fun--cional del proceso natural.

En esta historia se señala como el Brahma había creado -- tantos seres sobre la tierra que no podían ni respirar, ya que -- la muerte aún no había penetrado en la tierra y, por tanto, mu---chas criaturas nacían pero no morían. Luego entonces, como resul--tado de la ausencia de la muerte la madre tierra comienza a sen--tirse sobrecargada por el peso excesivo de criaturas, por lo que--suplica al Brahma aligerar su carga, apartando a un número razona--ble de su prole. Así, él reprime una porción de su energía crea-

tiva en orden para proporcionar creación y destrucción asignándole a la muerte la tarea de ausentar a todas las criaturas sin --- distinción alguna a su debido tiempo; por lo que la muerte se presentaba a cada una de las criaturas de la tierra en un tiempo -- designado, entrando así a otro reino o estado del ser, a través - del cual todas las criaturas pasaban. Por esta razón, el luto -- ante la muerte de un ser conocido se consideraba un desperdicio, - percibiéndose a la muerte como una necesidad y una bendición. Se habla de una similitud entre el sueño y la muerte; pues en - el primero, los cinco sentidos de la persona desaparecen en un -- sueño profundo, regresando más tarde a la vida una vez que la --- persona despierta; de la misma manera, la criatura con la muerte - de su cuerpo iba de este mundo a otro, regresando de nuevo a su - debido tiempo.

De este modo, se reconocía a la muerte no como un enemigo sino como un compañero siempre presente, ultimadamente como un -- amigo. Así la muerte se concebía como el destino inescapable de - toda criatura y dada su inevitabilidad no podía causar dolor.

Ahora bien, antes de mencionar la perspectiva de la doc-- trina Budista cabe señalar que un objetivo de la religión hindú - y la budista consistía en concebir a la muerte no como un evento - que implicara el final de la vida, sino percibirla como un suceso siempre presente en el proceso de la vida. Por tanto, la doctri- na Budista define a la muerte como un total no funcionamiento del cuerpo físico y la mente, aclarando que la fuerza de la vida no - es totalmente destruida con la muerte del cuerpo, simplemente se desplaza y se transforma para continuar funcionando en otra forma. Así, esta doctrina consideraba el renacimiento y no a la muerte - como la principal prueba para un ser humano.

Toynbee (1968) menciona como en la doctrina budista existía la creencia de que el alma no estaba en la psique, sino que - en ésta se encontraba una serie de estados psíquicos discontinuos que se mantenían juntos, moviéndose sólo por el momento del Karma el cual era engendrado por deseo, por lo que la intención consistía en detener el flujo de los estados psíquicos con la finalidad

de extinguir el deseo y así alcanzar el Nirvana.

Para una mejor comprensión, de lo que es el Nirvana, ---- Toynbee señala de acuerdo a la religión budista que la extinción del deseo es el objetivo del esfuerzo humano, ya que su realización tiene como consecuencia la extinción del sufrimiento; pues - menciona que el dolor lo llena todo, todos los lugares, toda la - vida, estando por tanto el origen del dolor en el deseo, la sed - de placeres, el apego a las cosas terrestres. Luego entonces, -- el cese del dolor, va a depender de la supresión de todo deseo, - conduciéndonos esta supresión del deseo al Nirvana que es el desasimiento completo de todo.

De este modo, el budismo explica que todo ser vivo se --- reencarna, tras su muerte, en un nuevo cuerpo para llevar en él-- una nueva existencia más o menos feliz; aludiendo que el dolor -- va a estar siempre presente, debido a la existencia del deseo. Por tanto, el único medio de escapar a este círculo sin fin (vida muerte-reencarnación) es alcanzando el Nirvana. El Nirvana es alcanzado por aquellos sabios que como Buddha, llegan al conocimiento perfecto, tras una larga serie de existencias terrestres; para lo cual es preciso haberse desprendido de todo apego al mundo, -- ser capaz de fundirse en el Gran todo Universal, de fusionarse -- con el cosmos. El Nirvana no es un paraíso, o un cielo como el - de los cristianos; lo describen como un estado de reposo absoluto de eterna beatitud. Por tanto, quien entra en el Nirvana ya no - se reencarna, no conocerá más el dolor, se habrá librado para --- siempre del mal y los sufrimientos de la vida terrestre, alcanzando la felicidad suprema, la luz del conocimiento perfecto, la --- sabiduría en toda la plenitud de la palabra. Luego entonces, el Nirvana no es el vacío, ni la inconsciencia sino la plenitud.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, Toynbee menciona- que al igual que la cultura Griega (que será descrita posterior-- mente), la cultura India también desarrolla una estrategia pesi-- mista al considerar al renacimiento como algo que debe ser evita- do, no siendo así con el suceso de la muerte que conduce a una -- fusión con el cosmos al desprenderse de todo apego del mundo. Ayuu

dando al hombre, esta postura a una reconciliación con su propia muerte, al percibir al renacimiento como una pesadilla.

Por último, cabe mencionar de acuerdo a Long (1975) que tanto el hinduismo como el budismo están de acuerdo en que la mejor manera de conquistar a la muerte, es aceptando que es el principal hecho de la vida.

El concepto de inmortalidad también es manejado por la cultura India. Señalando Toynbee que para esta cultura el alma no es sólo inmortal sino también eterna; es decir, que el alma ha estado en existencia eternamente antes de estar encarnada y que puede permanecer en existencia eternamente después de haber desencarnado. No obstante, este autor también menciona que no existe alguna prueba que demuestre que se haya estado en comunicación con algún ser desencarnado; esto es, con la psique de un ser humano cuyo cuerpo no tenga vida, o nunca ha sido encarnado, esto debido, a que el ser humano siempre ha estado como entidad psicosomática que sigue primeramente una trayectoria hacia arriba (nacimiento, infancia, juventud, adultez) para decrementar ulteriormente hacia la muerte.

C). Los griegos y su perspectiva de la muerte.

En lo que respecta a la cultura Griega tenemos que su --- percepción hacia la muerte ha sido aparentemente positiva, pues - es aproximadamente en el siglo V a.C. cuando se considera a la -- vida como algo pésimo y no a la muerte; de ahí, que la estrategia desarrollada por esta cultura sea la del pesimismo, en donde se - concibe a la muerte como algo mejor que la vida; idea que puede - apreciarse con una mayor claridad al leer algunas citas de gran-- des griegos cómo: Sófocles y Heródoto.

"Lo mejor de todo es no haber nacido, pero ya que uno ha- ce su aparición en este mundo, lo mejor es volver nuevamente ---- atrás tan rápido como pueda ser". (Sófocles)

"Encontrarse con la muerte es el mejor final que la vida- humana puede tener ya que Dios tomaba esta oportunidad para hacer manifiesto que para un ser humano es mejor estar muerto que estar vivo". (Heródoto)

Lo que se puede apreciar a través de estas citas, es la - enorme importancia que se le dá a la muerte, poniéndola como el - mejor estado del hombre, en el que quizá no tenga que enfrentarse a todo aquello a lo que se enfrenta a la vida. Sin embargo, aún- cuando esa idea de percibir a la muerte como algo mejor que la -- vida trascendió al grado de hacer que los griegos valoraran como- un tesoro la brevedad de la vida de un ser humano y, ver con gran disgusto y cansancio el que se prolongara ésta; tenemos a Shneid- man (1976) quien señala cómo muchos de los griegos no mostraban - un entusiasmo por morir tempranamente, aún cuando existía la idea de que aquellos a quienes amaban los dioses morían jóvenes. Esta irridicación la realiza Shneidman al describir Toynebee (1968) el -- caso de Aquiles que prefería ser mendigo en el mundo, que rey de- las sombras pues no lo consolaba la inminencia de su muerte, así- como su experiencia después de ésta en el reino de las sombras -- de la muerte. De este modo, Toynebee (1977) describe como el --- Aquiles de Homero le dice a Odiseo, cuando éste tiene el privile-

gio de visitar el Hades, que preferiría ser un humilde labriego -- en la tierra antes que el señor de los muertos del Hades. Mostrando Aquiles esta actitud aún cuando su muerte lo iba a proveer de cierto heroísmo e inmortalidad.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, se podría pensar en la fuerte negación hacia la muerte -aún cuando se le trataba de dar una apariencia satisfactoria-, negación que sin duda alguna -- envuelve el temor hacia ésta.

La cultura Griega, al igual que otras civilizaciones, hace alusión a la inmortalidad, la cual al parecer es manejada por los griegos a dos niveles: De acuerdo a Toynbee (1968) se cree en la inmortalidad del alma, en la transmigración de ésta, desde una encarnación a otra; mientras que Gatch (1969) maneja la idea de inmortalidad, en términos de la contribución que los griegos hicieron a su estado, viviendo así en la memoria de los demás.

Ahora bien, en cuanto a la primer forma de manejar la inmortalidad por medio de la reencarnación Toynbee (1977) cita a --- Cicerón quien describe de este modo las antiguas creencias latinas "Era una creencia fundamental entre los hombres de antaño que después de la muerte había cierta conciencia y que al dejar esta vida de hombre no desaparecía al punto de perecer por completo" (Tusculanae Disputationes, I: 12:27). Cicerón en su obra el Sueño de -- Escipión dice con toda sencillez: "Cada hombre es su propio espíritu... tú no eres mortal, sino tu cuerpo".

El doctor Rawlings (1982) considera a los griegos como una de las civilizaciones que más sostenían que la muerte sólo dañaba al cuerpo y que el alma era inmortal. Así cita a Fidias, el poeta griego, quien afirmaba que las almas de los hombres regresaban a la tierra para convertirse en varones sabios. Mientras que Platón enseñaba a sus discípulos que el alma se separa del cuerpo a la -- hora de su muerte y que una vez libre, conversaba con otros espíritus, casi siempre de familiares o amigos. Señalando que eso tenía lugar en un sitio brillante, pero que llegaba el momento en que el alma tenía que salirse de ahí para enfrentarse al juicio, pasando ante sus ojos todos los actos de su vida durante éste.

Ahora bien, ante la propagación de la creencia de la reencarnación, Toynbee señala también, la difusión simultánea de la incompatible creencia en un juicio post-mortem de cuyo resultado dependía que uno ganara el Paraíso o las tribulaciones del Infierno; determinando la ubicación del alma en algunos de estos lugares la conducta de la persona durante su tiempo de vida. Toynbee considera que se puede hacer la conjetura de que los griegos tomaron tal descripción de los egipcios, que será la cultura descrita posteriormente.

D). La idea de muerte en la cultura Egipcia.

El doctor Rawlings (1982) considera que el egipcio es uno de los pueblos con más devoción por el hecho de la muerte y por -- la fé en el más allá; percibiendo éstos a la muerte como una in---
 interrupción de la vida, pero no como un final. Con respecto a este punto Kastenbaum y Aisenberg (1976) señalan que esta cultura le -- dá una connotación a la cesación de lo que podemos llamar vida, -- o de las funciones vitales en un ser humano, de un proceso gradual que bien puede ser análogo a otros eventos transitorios como: el - nacimiento, el destete, el crecimiento, el matrimonio, etc. Comen-- zando el proceso de muerte para la comunidad al presentarse el --- fallecimiento físico de una persona.

Los egipcios buscaban la inmortalidad personal; por lo que preparaban cuidadosamente a sus muertos, colocando en sus tumbas - los ornamentos, artículos de tocador, armas, herramientas, alimentos, bebida, en ocasiones sirvientes (a los que se sacrificaba pa-
 ra que acompañasen a sus amos de manera que no llegaran sin esclavos a la otra vida) y hasta sus animales favoritos. Llevándose a - cabo estos ritos, debido a que se pensaba que la siguiente vida -- requería de las mismas comodidades que ésta.

Toynbee (1977) maneja estos ritos como contramedidas físicas utilizadas por los egipcios para enfrentarse al evento de la - muerte; dependiendo así la perdurabilidad de la tumba y el valor - de los regalos, de las riquezas del interesado; por lo que entre - más alta era la categoría del egipcio muerto, más lujosa era su -- tumba. De acuerdo a estas actitudes debía pensarse que el muerto- tenía en cierto modo, una vida corpórea en el sepulcro.

Luego entonces, se puede apreciar que ante la cesación --- física, los egipcios proporcionaban un entierro provisional, consi-
 derando que el alma del difunto permanecía cerca al resto de los- habitantes, mientras los sobrevivientes ejecutaban el trabajo ne-
 cesario de luto. Dándose el entierro y los ritos por terminado -- una vez que se consideraba que el cuerpo había alcanzado un estado

de putrefacción, ya que de esta manera se estimaba que el alma --- había abandonado completamente el cuerpo, penetrando a un mundo -- espiritual. Hertz (1960) escribe que en circunstancias de este -- tipo, los rituales eran intensificados con la finalidad de superar las fuerzas ajenas de la mágica muerte; por lo que se puede intuir que existía la creencia de que el poder del grupo podía triunfar - sobre la muerte, aliviando o mitigando la ansiedad de los indivi-- duos; afirmando también el fortalecimiento y vitalidad de la comu-- nidad.

Otra contramedida física mencionada por Toynbee es la momi-- ficación, que al igual que las tumbas implicaba una creencia simi-- lar. Considerándose que la momificación preserva al cadáver de la corrupción, preservación que es pensada para garantizar la perpe-- tuación de la vida del muerto en su originaria forma corporal. Westheim (1983) agrega que en cuanto a la momificación, la prote-- cción que se brindaba a la momia, consistía en erigir una pirámide gigantesca sobre la cámara mortuoria, o poniendo una serie de obs-- táculos que dificultaran el acceso a ésta, como por ejemplo, la -- construcción de un laberinto de caminos errados, las puertas fal-- sas, etc. Toynbee (1968) señala que los rituales que los egipcios profesaban hacia sus muertos, como el colocar pertenencias persona-- les en sus tumbas o la momificación era debido, a que existía la - creencia de que la esencia vital, el "Ka" estaba sujeta al cuerpo - y perecía con él (aunque a veces se decía que se encontraba en el - cielo). De ahí el desmesurado esfuerzo de los egipcios por conser-- varlo intacto.

Ahora bien, al manejar la cultura Egipcia la idea de inmor-- talidad -ya que no concibe a la muerte como un evento final-, tene-- mos que esta cultura también introduce la creencia de un juicio de los muertos y su eventual envío al Paraíso o al Infierno según el - veredicto; estando en función de la conducta de la persona muerta-- durante su lapso de vida, el envío al cielo o al infierno. Así, - el juicio post-mortem era realizado por el dios de los muertos --- Osiris, el cual, al dictar un veredicto favorable, enviaba al muer-- to a Kentamentiu, paraíso terrenal hacia el oeste; según otra con--

cepción; el muerto iba al paraíso del submundo de Osiris, donde --
los muertos justos compartían la presencia del Dios.

E). Los Hebreos y su concepto de muerte.

Gatch (1969) considera que para una mejor comprensión de las creencias expresadas por la cultura Hebrea sobre el suceso de la muerte, es indispensable hacer alusión a la forma en que el Antiguo y Nuevo Testamento abordan el tópico de muerte. Resaltando este autor su importancia, al señalar que en los escritos bíblicos no se presenta una teología de la muerte o de una vida venidera, como se apreciará a lo largo de este subíndice.

De este modo, en el antiguo testamento se maneja la creencia de una vida después de la muerte por medio de la descendencia agregando Toynbee (1977) que en los versículos genealógicos del Capítulo 12 del libro del Génesis, se puede percibir que el individuo humano no vive para sí mismo, sino para perpetuar la raza en sus hijos. Por tanto, Gatch señala que los primeros pensamientos hebraicos para negociar con la muerte pueden vislumbrarse en la historia de Abraham a quien se le promete la extensión de la vida por medio de la descendencia; citaré un párrafo importante del libro de Génesis en el que Jehová se dirige a Abraham:

"... Y haré de tí una nación grande y te bendeciré y engrandeceré tu nombre y serás bendición"¹ "Y haré tu descendencia como el polvo de la tierra; que si alguno puede contar el polvo de la tierra, también tu descendencia será contada"² "Mira ahora los cielos y cuenta las estrellas, si las pueden contar. Y les dije así será tu descendencia"³ "He aquí mi pacto es contigo y serás padre de muchedumbre de gentes"⁴ "habiendo de ser Abraham una nación grande y fuerte y, habiendo de ser benditas en él todas las naciones de la tierra"⁵ "de cierto te bendeciré y multiplicaré tu descendencia como las estrellas del cielo y como la arena que está a la orilla del mar"⁶.

Toynbee (1977) realiza un análisis sobre este párrafo, destacando que la promesa que Jehová hace a Abraham no es en términos de una inmortalidad personal, sino en cuanto a su progenie en cuyo número puede pervivir la raza de Abraham durante siglos -

aún después de la muerte de éste.

Luego entonces, la inmortalidad de la que se habla aquí no es a nivel individual, sino a nivel colectivo. Argumentando - este autor, que esta forma de inmortalidad es el fin que persigue la vida en la biosfera; ya que si se puede personificar metafóricamente a la vida, se puede decir que la preocupación principal es la de perpetuar la especie; por lo que para cumplirse este propósito, no se vacilará en sacrificar las vidas de los especímenes individuales, dado que éstos pueden inmolarse, mientras que la especie no. Es claro que aquí la muerte nuevamente es -- percibida como fuente de vida.

De este modo, se puede apreciar la importancia de Abraham en tanto que ha comenzado el curso de su vida prosiguiendo - su importancia en la historia de su descendencia; de allí que la manera en que los hebreos se reconciliaban con su mortalidad, -- era expresado en el tesoro de sus descendientes. Así, sobre este punto Ratzinger (1984) considera importante mencionar como en la cultura hebrea aparece como la normal realización de la vida - el morir viejo y saciado de vida; esto es, el poder gozar de la plenitud de la vida terrena, ver a los hijos y, a los hijos de - éstos, para participar en ellos del futuro de Israel y su promesa. Por tanto, el no tener hijos o la muerte demasiado temprana eran considerados como un castigo contra el hombre, anulando su participación en la vida. Vislumbrándose por tanto, una relación existente entre el obrar y cómo le va al individuo; de allí que los acontecimientos eran tomados como consecuencia de pecado de modo que la vida y el concepto de su justicia permanecían --- intactos también aquí. Concluyendo este autor la relación mutua existente entre la muerte y el pecado, que es de lo que se hablará más adelante.

Ahora bien, de acuerdo a lo mencionado anteriormente, -- Gatch (1969) señala que la cultura hebrea al negociar con la --- muerte por medio de la descendencia, no concibe la noción de un alma o de una fuerza de vida; sino que nos habla de personalidad e identidad que son términos que no pertenecen al individuo. De-

ro sí a la gente que le rodea. Así, al morir alguien, la personalidad o identidad no se desintegraban, sino que continuaban para el resto de las personas; por lo que la posibilidad de que se manifestara ansiedad por el suceso de muerte, no era por este hecho en sí, sino por considerar el individuo el haber llevado una vida no fructífera, siendo esta idea manejada también por los griegos.

Una vez que se ha señalado a grosso modo la manera en que el antiguo testamento maneja la creencia de la vida después de la muerte, a través de la descendencia; mencionaré también someramente la forma en que el Nuevo Testamento aborda la problemática de la muerte, la cual es manejada en términos de la resurrección; -- término que según Gatch (1969) no es muy claro en los escritos -- bíblicos.

Luego entonces, el Nuevo Testamento hace referencia a la muerte desarrollada desde el Apocalipsis del Antiguo Testamento - en donde una de las características enseñadas es la doctrina de la resurrección; pues es hacia fines de la época del Antiguo Testamento cuando surge la convicción de una absoluta discriminación entre los muertos, emergiendo la idea de la resurrección de los justos. Sobre este punto, Toynbee (1977) añade que en algunos -- proverbios se menciona que si la esperanza del malvado perece con la muerte, no sucede lo mismo con la esperanza del justo.

Toynbee (1968) explica que la creencia en la resurrección es de origen Zoroastriano la cual se encuentra eslabonada a la -- creencia de un juicio, emergiendo ante la idea de este juicio --- posterior a la muerte, una distinción entre el bien y el mal. Esta doctrina fué fundada en el año 600 A.C. por el profeta Zaratustra (Zoroastro) quien introdujo la idea de un "Juicio final" - en el que todos los seres humanos, tanto los que entonces vivían -- cómo los que habían muerto, iban a ser simultáneamente juzgados. De esta manera, Toynbee (1977) considera la posibilidad de que el zoroastrismo haya comenzado a influir sobre el judaísmo en una -- fecha temprana como el año 539 A.C.; haciéndose manifiesta esta -- influencia zoroástrica en la concepción judía de lo ultraterreno -- después del año 168 A.C. Así la creencia del Zoroastrismo en la-

resurrección del cuerpo fué adoptada por los judíos, cristianos - y musulmanes.

Ahora bien, al tener la creencia de la supervivencia de - la personalidad humana después de la muerte, por medio de la re-- surrección -la cual le permite al hombre tener la esperanza de la victoria sobre el hecho de la muerte, gracias a la intervención - de Dios en Jesucristo quién resucitó-, también existe la con---- vicción de que somos enjuiciados post-mortem; por lo que se cree- que la conducta en la vida terrena ha de decidir el destino ultra terreno para la eternidad; esto es, un envío al paraíso o al in-- fierno, según el veredicto realizado por un Dios omnipotente que- destruye los júbilos y angustias de ultratumba. Suscitando esta- creencia en el hombre una serie de esperanzas y temores que quizá lo estimulen para dominar las pasiones y resistir las tentaciones que acechan a todo ser humano, a su paso por la tierra.

En otras palabras, [la creencia en que el destino y la morada de - los muertos eran decididos según los méritos o deméritos realiza- dos en vida, persuadían a los vivos a afrontar la perspectiva de- un eventual castigo o recompensa.] Por lo que la esperanza de ser admitido en el Paraíso se alternaba con el temor de ser recluido- en el infierno.

Sobre este punto, Rawlings (1982) explica la expulsión -- del hombre del Paraíso, como consecuencia de la presencia de una- mala actitud en su vida terrena, actitud que fué denotada como -- pecado. No obstante, se le ofrece su regreso al Paraíso, a tra-- vés de la promesa de la resurrección, siendo el camino Jesucristo Ratzinger (1984) recuerda que para esta cultura, la muerte es --- derrotada al morir con Cristo y en Cristo; añadiendo Crean Joseph (1979) que la resurrección de Cristo garantizaba la futura resu-- rrección de todo cristiano. De esta manera, Haynes Renée (1977)- señala que el interés de los cristianos, en la supervivencia se - entrelaza con su interés en Dios, cuyo ser ilumina "la comunión - de los santos y la vida eterna".

De acuerdo a lo expuesto anteriormente Westheim (1983) -- considera que el enfoque cristiano está sujeto a una condición, -

que es la de llevar una vida grata a Dios, el cual en el juicio -- final decidirá el destino de los muertos. De allí el enorme temor manifestado del hombre por el juicio universal, y por el infierno, que según el autor no es otra cosa que el temor a la muerte. Luego entonces, la muerte es percibida por los cristianos, -- como el peor enemigo del hombre, un enemigo cuyo poder se deriva de los propios actos pecaminosos del hombre, considerándose el -- momento de la muerte como una destrucción o autodestrucción. Ferrater (1965) y el español místico Master Alexo Venegas (1565) -- consideran que la cultura cristiana maneja dos tipos de muerte: a) la muerte del cuerpo que es considerado como un obstáculo, pero no como maldición; y, b) la muerte del alma que es entendida como una entidad pasiva e inteligible que definen como un agregado de experiencias dramáticas las cuales se despliegan en el curso de una historia personal. De este modo, Ferrater (1965) enfatiza -- que para los cristianos, el hombre no es un objeto puramente natural, o una imagen de un mundo inteligible; sino una criatura de Dios hecha a su imagen y semejanza; de allí que la clase de eternidad que puede realizar sea de vida perpetua, vida eterna que -- promete vencer al peor enemigo del hombre que es la muerte.

De acuerdo a lo señalado hasta este momento, puede apreciarse que más que mencionar los diferentes autores la manera en que es percibida la muerte por esta cultura; señalan una serie de estrategias utilizadas por los hebreos para reconciliarse con el hecho de la muerte, dejando entrever la presencia implícita de -- un temor hacia dicho suceso.

① [Luego entonces, esta cultura al igual que las otras, conserva la fé en una vida post-mortem, manejada en el Antiguo Testamento por medio de la descendencia y en el Nuevo Testamento a través de la resurrección.] Zachary (1975) trata de ampliar la actitud manifestada por esta cultura, añadiendo que para los hebreos la muerte no es considerada como el final; sino se percibe como -- un estado transitorio que va de una existencia humana a otra. Agregando Audrey Gordon (1974) que ante la confesión de una persona moribunda, se tiene el reconocimiento del final de un ciclo-

y el comienzo de otros.

Ahora bien, resulta muy cuestionable el por qué aún cuando se conserva esa fé en una vida post-mortem, es vista actualmente como algo terrible y catastrófico. Qué factores influyeron o han influido para cambiar la actitud que tenía el hombre anteriormente; que si bien es cierto manifestaba cierto temor por la muerte, la veían como una bendición, sin crear pesadumbre; mientras - que en la actualidad es percibida negativamente y como un proceso desligado de la vida.

Este cuestionamiento resulta difícil de responder, ya que pueden ser miles de factores los que esten influyendo para propiciar ese temor irracional en el hombre. No obstante, se tratará de proporcionar en las conclusiones algunos puntos de vista personales; haciéndo énfasis en el hombre actual que se encuentra -- inmerso en una sociedad mexicana.

Dado que uno de los intereses de este trabajo estriba en tener una mejor comprensión sobre la actitud actual presentada -- por el hombre, sobre el hecho de la muerte, resulta pertinente -- concatenar aquellos puntos más sobresalientes de la perspectiva-- desarrollada por diferentes culturas sobre dicho suceso, con la perspectiva presentada por el hombre actual inmerso en una sociedad mexicana. De este modo, al establecer dicha comparación se -- podría encontrar aquellos pensamientos, sentimientos, y conductas que han estado relacionadas directa o indirectamente con la muerte; así como los posibles índices que traten de explicar el comportamiento actual del hombre; ya que al parecer, su actitud lo -- ha empujado a presentar una serie de perturbaciones ante ese hecho inevitable. De ahí la importancia de tener una comprensión clara sobre la actitud que ha manifestado el hombre a lo largo de la historia, con el fin de crear algunas estrategias que le permitan al ser humano enfrentarse y aceptar su realidad, redimiendo por ende, las perturbaciones presentadas al encararse al suceso -- de la muerte que no es otra cosa que parte de la vida y, que no es vista como tal en la actualidad.

Luego entonces, a lo largo del capítulo pudo apreciarse -- que la actitud tomada por el hombre frente al evento de la muerte era de temor, sólo que un temor que no propiciaba trastornos o -- perturbaciones en los seres humanos. Pues si bien es cierto que en las diferentes culturas que se exponen en este capítulo trataban de evitar la fatalidad de la muerte, negando que era el destino último del hombre a través de sacrificios, o de la creencia en una vida post-mortem, su actitud no los conducía a presentar -- una serie de dificultades al enfrentarse al período final de la vida. Por el contrario, los seres humanos pensaban, sentían y -- se comportaban ante la muerte de una manera que consideraban efectiva y apropiada. Por tanto, el suceso de la muerte se manejaba de una manera tal, que para ellos no era percibida como algo --- horroroso, sino como algo benéfico que tenía que ocurrir para generar más vida; de ahí que la muerte fuera percibida como fuente-



UNAM, CAMPUS
IZTACALA

IZT: 1000902

39

de vida. Así podemos tomar como ejemplo al hombre prehispánico - de México que fijaba su atención principalmente en la revolución - de los astros, su desaparición y reaparición; la puesta del sol - que a la mañana siguiente vuelve a brillar en el firmamento; el - cambio de las estaciones, la muerte de la vegetación en invierno, a la que sigue en primavera el rejuvenecimiento de la naturaleza. Luego entonces, la idea existente presentada por las diferentes - culturas era que la vida contenía el germen de la muerte, concep- tualizando a ésta última como algo perenne, como la vida que reju- venece eternamente y, no como la representación de la ruina, la - destrucción, el aniquilamiento. Haciéndose patente la conceptua- lización de la muerte como el principio de una existencia nueva, - resultando en muchas ocasiones confusa esta idea.

Ahora bien, haciendo un análisis sobre la actitud presen- tada por el hombre actual sobre el suceso de la muerte, nos encon- tramos que la representación y el sentimiento hacia este suceso - no ha sido el mismo, se le ha dado una serie de atributos negati- vos; considerándola como una brutal hazaña sobre la cual "tenemos algún poder" debido a los grandes avances tecnológicos que han -- permitido prolongar "la vida". No obstante, Gorer (1965) consi- dera que en la actualidad la muerte por la que se siente un miedo penetrante es socialmente inaceptable, tratando el tópico de este suceso como algo muy doloroso y con cierto obscurantismo que se - convierte en algo inmencionable al percibirse con reprobación --- aún cuando hay cierto control sobre la muerte por medio de la --- tecnología.

De este modo, se aprecia que el hombre moderno siente una enorme angustia en relación con el problema de su finitud, estan- do expuesto no sólo a una fuerte presión emocional, sino también - a la tentación no menos intensa de eludir la preocupación por la - muerte de una manera tajante.

Luego entonces, dado que el tópico de muerte no ha sido - investigado con profundidad, aún con todos los avances científi- cos; resulta interesante realizar un trabajo sobre este tópico -- con el fin no sólo de minimizar la enorme ambigüedad que existe -



U.N.A.M. CAMPUS
IZTÁCALA

CAPITULO II

ANALISIS DE DIFERENTES PERSPECTIVAS SOBRE
EL COMPORTAMIENTO MANIFESTADO POR EL ---
HOMBRE ANTE EL SUCESO DE LA MUERTE.

- A) El Psicoanálisis y su perspectiva sobre las actitudes presentadas por el hombre ante el afrontamiento de la muerte.
- B) Análisis de la Teoría Cognitivo Conductual sobre los efectos psicológicos -- presentados por aquellas personas que - enfrentan la muerte en forma colateral.

con respecto al tema de la muerte, sino también de procurar que el desenlace de la vida transcurra en lo posible libre de angustia, dolor y tergiversación. Pues como pudo apreciarse, las diferentes culturas no estaban expuestas a esa enorme angustia por la muerte, quizá por la razón de esa convicción en una vida post-mortem, en la fé en el más allá; hecho que en la actualidad ha perdido mucho valor, quizá porque al experimentar nuestra vida actual, estamos convencidos de que es algo real, tangible, mientras que no hemos probado la presencia y la existencia de otra vida posterior. Sobre este punto Meyer (1983) argumenta que mientras en vida podemos hacer muchas predicciones sobre el futuro y, luego podemos comprobar éste sin dificultad al vivirlo, esta posibilidad no existe para el morir.

Ahora bien, dada la enorme angustia presentada por el hombre ante el suceso de la muerte, tanto en forma personal como en forma colateral, esto es, por la posible muerte de un ser querido, resulta importante revisar la manera en que diferentes perspectivas teóricas han abordado la problemática de la muerte, así como los trabajos que se han realizado con aquellas personas que enfrentan una muerte cercana. Con el fin de elaborar un proceso terapéutico que le permita al hombre moderno enfrentarse a la problemática de la muerte de una manera objetiva y constructiva que le ayude a su crecimiento emocional.

CAPITULO II

ANALISIS DE DIFERENTES PERSPECTIVAS SOBRE
EL COMPORTAMIENTO MANIFESTADO POR EL HOM-
BRE ANTE EL SUCESO DE LA MUERTE.

Dado el enorme temor que el individuo ha manifestado por el suceso de la muerte, mostrando en muchas ocasiones una serie de emociones negativas hacia ésta, que lo conducen incluso a tener problemas emocionales al verse sumergido bajo cierto stress. Se ha estimulado un enorme interés particular por buscar explicaciones que nos ayuden a comprender el comportamiento negativo que el hombre ha generado hacia la muerte, de la cual no le es posible escapar, al ser una realidad biológica inevitable. No obstante, aún cuando el hombre está consciente de que como criatura humana viva que es, está sujeto a la muerte, se afana por conservar la vida; tratando el tópico de este suceso como algo muy doloroso y con cierto obscurantismo, al grado de convertirlo en un tema -- prohibido que se debe percibir como algo obsceno y pornográfico -- del cual no se puede hablar abiertamente. (Gorer, 1965). Por tanto, la muerte representa para el ser humano la aniquilación total convirtiéndose en algo inmencionable, que se percibe con reprobación y que ha originado en éste una serie de perturbaciones.

Luego entonces, dada la situación presentada por el hombre ante el suceso de la muerte, el objetivo del presente capítulo consiste en presentarle al lector la forma en que diferentes -- perspectivas teóricas se han preocupado por ofrecer una explicación sobre el comportamiento mostrado por el ser humano ante el hecho de la muerte; esperando que a través de dicha explicación -- se lleve a cabo un análisis que permita la propuesta a alguna alternativa de tratamiento o prevención que ayuden a intervenir --- sobre la conducta humana y su experiencia, para que el individuo sea capaz de enfrentarse al suceso de la muerte, de la cual no --

le es posible escapar al ser una realidad biológica inevitable como se mencionó anteriormente.

Luego entonces, para una mejor comprensión de este capítulo, se expondrá primeramente la manera en que la Postura Psicoanalítica aborda a través de diferentes autores el tópico de la muerte. Comenzando por la explicación del por qué se percibe a la --- muerte de una manera tan peculiar, hasta enfatizar con Shneidman - y Kubler- Rose los estados por los que atraviezan aquellos que se enfrentan con la muerte en su vida personal o familiar. Así como la importancia de intervenir en aquellas personas que afrontan una muerte cercana.

Una vez expuesta la Teoría Psicoanalítica, se procederá -- a señalar la postura Cognitivo Conductual, con el fin de que le -- permita al lector apreciar de una manera más clara, los efectos -- presentados por aquellos sujetos que enfrentan una muerte cercana -- y, la necesidad de intervenir sobre dichos efectos, a través de la implementación de algunas técnicas terapéuticas.

FALTA

PAGINA

43

verdadero estado de las cosas. (Freud, 1959; pp 316-317)

El cuestionamiento elaborado por Freud, resulta muy importante, dado que nos permite reflexionar sobre los posibles beneficios que se obtendrían, si se le diera a la muerte el lugar que le corresponde en nuestros pensamientos. Llevándose a cabo a través de la impartición de una educación al hombre que le permitiera abrirse a la percepción de su verdad, una verdad que al parecer oculta por medio de distorsiones e ilusiones, debido a que lo protegen de experiencias abrumadoras como es la muerte. Sustituyendo así su mundo real, por un mundo mágico que lo incluye todo, inclusive su creencia de ser inmortal. De allí la necesidad de enfrentar al hombre ante su impotencia natural que es la muerte; con la finalidad de que acepte que es una criatura mortal.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, parece que buscamos siempre salidas fáciles disfrazando la realidad sin darle el lugar que realmente le corresponde en nuestros pensamientos. No obstante, debemos hacer énfasis en que aún cuando tomemos esa actitud de soslayo u olvido, esto no implica que el temor que sentimos por la muerte haya desaparecido. Sobre este punto Becker (1977), Shneidman (1973) y Kübler-Ross (1969; 1975) consideran que el temor está presente en todos y cada uno de nosotros, ya que su existencia es innata. Por lo que el que la gente niegue temerle a su muerte no es verdad, ya que este temor, al ser innato funciona como un instinto de conservación que protege al hombre. Zilboorg (1943) argumenta que gracias a la presencia de ese temor el hombre es capaz de cuidarse contra todos aquellos peligros que lo amenazan de muerte, ya que de lo contrario, sin la presencia de ese temor el hombre se dejaría vencer ante cualquier riesgo.

Sin embargo, Becker (1977) hace hincapié en que aún cuando la presencia de ese temor es indispensable al funcionar como un instinto de conservación, también propicia problemas en el ser humano cuando su presencia es constante, impidiendo el buen funcionamiento de su mente. De allí la necesidad de que la presencia del temor sea reprimida y, por tanto, conduzca al sujeto a negar el temor que siente por ese suceso.

Ahora bien, sobre este punto podría hacer una serie de indicaciones que permitan llegar a las conclusiones. De esta manera, tenemos que Becker maneja el temor hacia la muerte como algo innato que funciona como instinto de conservación. Sin embargo, dado el comportamiento manifestado por el ser humano con respecto a la muerte, podríamos hablar de dos tipos de temores; ese temor innato mencionado por Becker y, un temor aprendido que nos ha conducido a percibirla como algo tremendamente catastrófico, como un accidente; cuando en realidad es parte de un proceso natural. Llevándonos esta percepción a serios problemas psicológicos. No obstante, antes de introducirnos a los posibles efectos psicológicos presentados por las personas relacionadas a una muerte cercana -- señalados más ampliamente por la postura Cognitivo Conductual --, cabe citar algunos otros argumentos sobre el temor manifestado -- por el hombre hacia la muerte.

De este modo, tenemos a Freud quien menciona diferentes actitudes presentadas por el hombre ante el suceso de la muerte. Así, primeramente hace un intento por explicar la presencia del temor por la muerte a través del desarrollo psicosexual, señalando que la muerte es un deseo que todos podemos tener hacia los demás, deseo que es manifestado en un principio en el niño que comienza a interactuar con el mundo.

Luego entonces, en el esquema del desarrollo psicosexual freudiano, tenemos al niño en competencia con el padre del que teme ser castrado. Esto debido a que el complejo de Edipo se manifiesta como el involucramiento sexual del niño con su madre, percibiendo al padre como un rival, rival que es formidable para el niño ya que es más grande que él, de ahí el temor de que éste lo castre; emergiendo así en esos momentos los deseos de muerte hacia el padre.

Ahora bien, esos deseos de muerte también pueden generarse hacia los hermanos quienes a su vez compiten en el cariño y atención de los demás, principalmente de los padres. Este deseo presentado por el niño al interactuar con su mundo, no implica que éste desee un mal a quien le está causando daño de una forma

perversa y malvada; simplemente desea obtener el cariño y protección de la madre y en forma secundaria de su padre. Estos deseos de muerte presentados por el niño no poseen una carga moralista, ya que la sociedad aún no la ha impuesto. Es por ello por lo que es común que los niños amenacen de muerte a sus compañeros o incluso a sus padres cuando están molestos por algo que los amenazados les causaron; resultando para los niños ese deseo una actitud normal.

Otro ángulo desde el cual ve Freud el pensamiento de muerte es la manera como observamos la muerte de los demás; de aquella gente que no está ligada emocionalmente a nosotros.

De esta manera, señala que la muerte se ve siempre con respeto, emergiendo un cierto sentimiento de alivio al ser otro quien ha muerto y no nosotros. Sobre este punto Freud opina que dentro de nosotros existen sentimientos encontrados, sentimientos antitéticos tales como: sentimientos de piedad y sentimientos de destrucción. Odiamos y amamos profundamente a la vez; ocasionando esto, que si la situación es favorable como en la guerra se puedan desatar los deseos de destrucción y el hombre se comporte de la forma más salvaje y sádica asesinando sin miramientos. Así tenemos, que un hombre bueno, honrado, buen marido y padre de familia puede convertirse en un furioso asesino si la situación determina que se desboquen esos deseos de destrucción, deseos furiosos de castigar y aniquilar al malvado. Sin embargo, pese a esto al muerto se le observa como alguien que ha realizado un acto muy importante, que es el acto de morir. Un hecho trascendental y, por el cual merece ser respetado.

El siguiente y último de los ángulos es cuando muere alguien querido y amado. Nuevamente analiza y concluye Freud que existen sentimientos antitéticos, observando en ellos la génesis de algunos de los problemas neuróticos más graves como la obsesión compulsión. En su libro "Totem y Tabú" (1972) describe algunos tabús sobre los muertos, entre los malasio y polinesios; concluyendo que dichos tabús consisten en el temor a los muertos. A este respecto Freud se pregunta cuál es la fuente de ese temor-

en especial de las personas queridas ya que aparentemente es incomprendible que el esposo, esposa, padres o hijos, al morir se conviertan en seres que quieren hacer daño y de los cuales hay que hacer todo lo posible por protegerse. Encontrando nuevamente la explicación de esto en los sentimientos antitéticos; ya que -- señala que a las personas queridas las amamos y las odiamos al mismo tiempo. Por tanto, el odiarlas, tenemos deseos de muerte y destrucción hacia ellas; por lo que al momento en que mueren -- tenemos sentimientos de culpa por esos deseos de muerte y, sentimos miedo de ser castigados por ello. De ahí el temor hacia los muertos; temor que exacerbado puede conducir a graves problemas neuróticos. Esta es también la explicación de los tabús de los muertos descritos en "Totem y Tabú".

Por otro lado, la muerte personal es algo inconcebible e inimaginable; ya que el no ser no puede concebirse como una realidad. Sin embargo, no es difícil observar que los demás mueren y la conclusión es que nosotros vamos a morir también ¿Cómo enfrentar esta realidad? Freud piensa acertadamente que la solución a esta pregunta es soslayarla, eliminarla y en lo posible olvidarla. Esto a través de la eliminación de todo pensamiento o referencia a la muerte. Este deseo de olvidar nuestra propia muerte lleva -- a considerar de mal gusto cualquier conversación en que se hable de ella; evitándose cualquier referencia y ocultándola hasta lo más profundo de nuestro inconsciente. Por tanto, cuando llega a salir a flote, existen sentimientos de desasosiego, tratando por todos los medios de volver a evitarlo, volviendo a sumergir dichos pensamientos. No obstante, a pesar de todos esos esfuerzos, el pensamiento de muerte personal está ahí, provocando nuevamente sentimientos antitéticos; sentimientos de angustia y fascinación. Es por ello que Freud habla del principio del placer -eros-, y -- del principio de muerte -thanatos-. Jugando el primero de estos un papel sumamente importante en el funcionamiento mental del ser humano y, el cual puede verse suspendido debido a la presencia de la aflicción ante la posible muerte personal o la muerte de un -- ser querido.

Muchos psicoanalistas (entre ellos Jung) no están de acuerdo con lo citado por Freud, señalando que no existe más que eros. Sin embargo, Freud siempre se mantuvo firme en su posición dualística. Resulta importante señalar que Freud no trató muy a fondo - y en forma particular a la muerte, más que en un trabajo de corta extensión escrito en 1915 llamado "Consideraciones de actualidad - sobre la Guerra y la Muerte". En este trabajo manifiesta su disgusto hacia el hombre occidental europeo por la inminencia de la - primera guerra mundial. El desencanto por el hombre civilizado -- que utiliza la guerra y la destrucción como medio para dirimir sus diferencias. La barbarie y deseo de destrucción del enemigo que se creía dominado en el "hombre civilizado" y deseos sólo justificados en el "hombre salvaje". A pesar de la visión de Freud de intentar hacer diferencias entre razas y hombres, haciendo a unos -- superiores a otros, se da cuenta de que no existe tal diferencia. Todos los hombres tienen en su ser tanto a eros como a thanatos y pueden manifestarse en cualquier momento que las circunstancias -- lo determinen.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, se puede apreciar la enorme complejidad manifestada por el ser humano ante el suceso de la muerte, que hace difícil la comprensión sobre su comporta--- miento hacia dicho suceso. Ya que si bien, es hasta cierto punto comprensible su temor por la muerte, un temor que es indispensable para defenderse contra cualquier peligro que atenta contra su vida no es muy claro el por qué su percepción de la muerte como una --- catástrofe. ¿Acaso no se podría llevar a cabo un tipo de intervención que le permitiera al hombre prevenirse sobre su percepción -- negativa hacia este suceso? ¿No sería posible incluso, que el hombre se preparara a sí mismo para realizar una mejor muerte; o que estuviera preparado para enfrentar cualquier situación difícil. -- que lo condujera a un desenlace fatal?

Estas preguntas serán respondidas, una vez que se hayan -- revisado otras perspectivas sobre la muerte, con el fin de contar con bases que permitan llegar a una conclusión clara y objetiva.

Shneidman (1973) dá un argumento totalmente diferente a --

los ya citados; señala que la presencia de ese temor puede deberse al significado de la muerte; es decir, al representar ésta la aniquilación total en la que la posibilidad de la realización de objetivos se ve totalmente destruida. Siendo el cumplimiento de estos objetivos sumamente importantes para la autoestima del individuo. De ahí que al verse amenazada la autoestima del sujeto -- por la falta de realización de algunos de estos objetivos, presente un comportamiento que en la mayoría de los casos suele ser --- perjudicial para el individuo mismo, conduciéndolo a severos estados de depresión y angustia. Haciendo énfasis este autor. que -- este comportamiento de angustia y depresión, no sólo puede ser -- manifestado por la persona moribunda, sino también por las personas que se encuentran en una interacción continua con éste, como es el caso de los familiares. Mencionando como ejemplo, que en - el caso de una muerte repentina. el sufrimiento es experimentado por el sobreviviente (ya que la víctima no puede experimentarlo); mientras que en el caso de un moribundo. el sufrimiento se agudiza para éste, manifestándose posteriormente para el sobreviviente Por tanto, Shneidman señala que los estados emocionales presentados por estas personas incluyen un constante interjuego entre incredulidad, esperanza, angustia, terror, conformidad, sumisión, - rabia, envidia, fastidio. profundas expresiones de desesperación, una tensión psíquica severa y prolongada en la cual las respuestas de las personas que enfrentan una muerte cercana son reducidas al mínimo en su medio ambiente; sintiéndose despojados de la capacidad de deseo o voluntad. Sobre este punto señalado por --- Shneidman con respecto a la falta de realización de objetivos que daña la autoestima del individuo, Becker (1977) añade que el temor a la muerte puede deberse no sólo a que el individuo perciba que su vida no ha sido importante para él y. por ende. para los - demás por la falta de realización de objetivos; sino que también introduce un concepto de suma importancia que es el sentimiento - de culpa, el cual propicia que el individuo se sienta obstruido.- limitado, transcendido, sin saber por qué. A este respecto cita: "El sentimiento de culpa proviene de la vida que no se vive, de -

lo que no hemos vivido" (Becker, 1977; p269)

Respecto a los estados emocionales que atraviesan tanto - aquellas personas que enfrentan una muerte cercana, como los que lo viven en primera persona Wolfenstein (1957) describe un "sín--drome desastre" que se caracteriza por una combinación de pesadez emocional, desinterés por la estimulación externa e inhibición de actividad. Señalando que el individuo que experimente desastre, - estará propenso a sufrir al menos un sentido transitorio de inu--tilidad, deteriorándose su capacidad usual de amor; con la posibi--lidad de que se presente un marcado incremento en la dependencia-- con conductas regresivas; pérdida traumática de sentimientos de - identidad, docilidad malsana y una reacción dominante.

De acuerdo a lo dicho por Shneidman y Wolfenstein, pode--mos percibir que el hombre se enfrenta a una etapa muy difícil de superar al encontrarse cerca de su propia muerte (en el caso del--desahuciado) o ante la posible muerte de algún ser querido. Pre--sentando toda una serie de perturbaciones a nivel psicológico, --señaladas ya por Shneidman y Wolfenstein y en las que el doctor - Parkes (1972) agrega que la aflicción presentada por el individuo es un proceso terrible semejante a una enfermedad, en la que se - presentan factores sutiles que pueden tomar una doble y pesada --tarea.

De este modo, ante la presencia de esos estados emociona--les -pena y angustia sobre la muerte que viene, ira por la impo--tencia, ansiedad relacionada al miedo del dolor, soledad, abando--no, miedo a lo desconocido, etc.-, manifestados por la persona --moribunda y por los individuos con los que tiene una mayor inte--racción, en este caso la familia; Shneidman enfatiza la importan--cia de intervenir a nivel profesional con este tipo de personas. Ayudándolas a prepararse tanto para la muerte propia (nivel intra--psíquico) como para la posible muerte de un ser amado (nivel in--terpersonal).

Shneidman señala un tratamiento que contiene muchas de -- las características de la Psicoterapia, siendo algunos de estos - puntos: a) el permitir la expresión de emociones negativas guarda

das hacia el difunto: irritación, ira, envidia, culpa, etc. b) el mantener una relación interpersonal con el terapeuta, el cual deberá mostrar sus sentimientos honestos, sin suprimirlos o disimularlos; c) el trabajar con aquellos sobrevivientes que son víctimas de muertes terribles. Procurando que sea lo más pronto posible, una vez que haya ocurrido la tragedia, de ser posible dentro de las primeras 72 horas; d) elaborar una evaluación médica de los sobrevivientes, con la finalidad de estar alerta para un posible decaimiento en la salud física y un completo bienestar mental.

El trabajo propuesto por Shneidman ofrece muchas expectativas para aquellas personas que están enfrentando alguna muerte --- cercana y, que por tanto, están atravesando por una situación muy difícil; ofreciendo reducir las consecuencias negativas de ese --- evento traumático que es la muerte. Tratando de ayudarlos a negociar mejor con sus pérdidas, con el fin de prevenir el que se vea el acontecimiento con cierta morbosidad o que se presente incluso una nueva mortalidad por parte de alguno de los otros familiares --- al no superar la pérdida del ser querido.

Kübler-Ross (1975) a diferencia de los autores antes citados, describe a la muerte como un problema social, al presentar --- el ser humano un comportamiento de evasión-negación, que le impide darse cuenta de que la muerte es una parte integral de nuestras --- vidas, que da significado a la existencia humana: interesándose --- esta autora por el estudio de los pacientes desahuciados en los --- que a través de una serie de entrevistas se ha percatado de una --- norma de cinco etapas progresivas en las emociones de pacientes --- desahuciados que son: rechazo, enojo, negociación, depresión y, --- aceptación.

X De este modo, explica que el rechazo a la muerte, es la --- primera etapa emocional que la mayoría de las veces experimenta --- el paciente en agonía. Para éste, constituye un anuncio catastrófico de condena; por lo que el paciente puede encerrarse en sí --- mismo en un terror solitario. -¡Esto no puede sucederme a mí! ¡El diagnóstico está equivocado! ¡Las radiografías están equivocadas!- Debe haber algún error en el diagnóstico.

Este rechazo es una defensa temporal que bien puede ser reemplazada por una aceptación parcial.

* ? La segunda etapa es el enojo, la ira. Esta se lleva a cabo después de que el paciente ha superado el golpe devastador de la primer noticia, de la reacción "no puede sucederme a mí". El rechazo da paso al enojo, bajo sentimientos de envidia, rabia, -- resentimiento y la pregunta ¿por qué a mí? o ¿Cómo puede hacer -- esto un Dios amante?

La etapa de ira, en contraste con la de rechazo, es muy difícil de manejar. Los pacientes pueden pensar, o decir cosas como: "El médico no sabe nada. Ni siquiera saben la forma de darme un tratamiento" Estos pacientes son muy exigentes con las enfermeras y los auxiliares, demandando atención constante. Nada les parece bien.

? El tercer estado consiste en la negociación. Al parecer la etapa de enojo da paso a los intentos de buen comportamiento, con la esperanza de complacer, o hacer un pacto con Dios al ver que su enojo no funcionó. El Dr. Rawlings (1982) señala el caso de un paciente que prometió dedicar su vida a Dios y donar todo su dinero y tiempo a la iglesia si Dios lo salvaba de la muerte. Se salvó, pero se olvidó muy pronto de su promesa. En esta etapa los pacientes conceden crédito eventual a Dios aunque no lo hayan hecho nunca antes. Existe una promesa implícita.

? * La cuarta etapa es la depresión, esta es cuando el paciente sin remedio no puede negar más su enfermedad y destino, su enojo y rabia da paso al sentimiento de una gran pérdida; el cual -- puede comenzar por el miedo a quedarse sin empleo, los efectos de la sala de operaciones, o la ansiedad de dejar atrás todas las -- cosas buenas de la vida. Siendo la pérdida más espantosa que tiene que enfrentar la de su propio ser. Por tanto, la pérdida de la esperanza representa la caída final de la persona.

? * El último estado es el de aceptación. Después de la depresión y el pensamiento de pérdida inminente de recuerdos y amigos verdaderos; aquí el paciente por fin enfrenta el término de su propia vida con un cierto grado de aceptación y calma. Sin --

embargo, aún existe una actitud de retiro, de apatía, que puede - desarrollar un sentimiento por el mundo como un lugar sin valor, - resaltando las cosas desagradables de esta vida. Ahora bien, resulta importante señalar que a pesar de que el paciente acepte -- su muerte inminente, la familia no lo hace; de ahí la importancia de proporcionar apoyo a los familiares.

Respecto a los diferentes estados señalados por Kübler--- Ross (1969) se podrían elaborar una serie de discusiones sobre -- sí necesariamente se dan estas etapas o estados de esa forma progresiva; ya que desde mi punto de vista, dichos estados no se --- presentan con esta secuencia. Sin embargo, esta discusión la --- realizaré más adelante ya que lo importante que debe destacarse - en el trabajo realizado por Kübler-Ross es el hecho de que sin du da alguna tanto el paciente desahuciado como la familia atravie-- san por una situación crítica en la que resulta deseable la inter vención profesional de un Psicólogo.

- B). Análisis de la Teoría Cognitivo Conductual sobre los efectos psicológicos presentados por aquellas personas que enfrentan la muerte en forma colateral.

De acuerdo a lo señalado en el inciso anterior, Sobel -- (1981) menciona que el hecho de que la muerte represente un evento sumamente estresante tanto para quien lo vive en primera persona (desahuciado), como para quien lo vive en forma colateral (la familia), no significa que todas las personas tengan que reaccionar con una serie de síntomas traumáticos. Lo que ocurre es que el potencial de angustia y dolor, conlleva a algunos sujetos a -- una nueva fase de desarrollo que es diferente a estados vividos -- anteriormente y, por ende, los conduce a presentar toda una serie de patologías, al alterarse el contexto, que amenaza la integridad y la identidad de la unidad familiar.

De este modo, hago mención a la perspectiva de la Teoría Cognitivo Conductual que presenta un gran interés por comprender aquellas técnicas para diagnosticar, prevenir, tratar y ayudar -- al paciente moribundo, así como a la familia de éste. Enseñándoles por tanto, a manejar sus propias respuestas adaptativas a esa situación crítica por la cual atraviesan dichos sujetos. Esto debido a que la aflicción presentada por el sujeto contribuye a crear una variedad de desórdenes psicosomáticos; al representar la ---- aflicción un tiempo de gran stress que puede exacerbar problemas en la salud al presentarse una baja resistencia a los patógenos -- (ejem: supresión del sistema inmune). Otros tipos de problemas -- que puede provocar esta aflicción, es el abuso del alcohol u --- otros patrones de conducta que sin duda son perjudiciales para -- la salud.

Sobre este punto, Clayton (1979) a través de unos estu--- dios concluye tentativamente los posibles efectos que propicia -- la aflicción en el estado de salud de una persona. Señalando que en el caso de viudos o viudas jóvenes, éstos tienden a una mayor hospitalización debido a quejas somáticas que propician la necesi

dad de la administración de drogas psicoactivas tales como: tranquilizantes, sedantes, etc. Mientras que los viudos de una edad avanzada no presentan la misma aflicción a menos que la persona - tuviera un tiempo considerable con su enfermedad.

Ahora bien, ante los posibles problemas que pueden ser -- propiciados por la presencia de la aflicción. Engel (1961) y --- Frederick (1976-77) se cuestionan si ésta puede ser considerada - como una enfermedad; ya que juzgan a la aflicción como una res--- puesta normal y no como una patología. No obstante, la conside-- ran una enfermedad en el sentido de que es la fuerza de una gran- angustia. De ahí que el problema no estribe en eliminar la ---- aflicción, sino en comprenderla; permitiéndola esta comprensión -- aliviar algo de la angustia de la aflicción.

Dado que la presencia de la aflicción puede ser perjudi-- cial en el ser humano, tenemos que autores como Lindemann (1944) Bowlby (1980), Gorer (1965) y Parkes (1972), han investigado pro- fundamente acerca de la aflicción representándola a través de -- cuatro estados. Así, el primer estado es el de choque, el cual - se caracteriza por un sentido de aturdimiento, de irrealdad que- puede perderse en pocas horas o pocos días. El segundo estado -- consiste en la protesta y el anhelo. En este estado, la pérdida- es reconocida pero no enteramente aceptada; hay protesta acompaña da de agitación y un aumento en la excitación fisiológica. Cogni tivamente hay preocupación con la imagen de la pérdida del objeto y un enfoque de atención sobre los aspectos de el medio ambiente- que fueron asociados con placeres pasados.

La desorganización y desesperación constituyen el tercer- estado, el cual es quizá el más complejo y difícil en el proceso- de la aflicción; las actitudes que se reflejan más comunmente -- son: la apatía, el desaliento, la pérdida de interés sexual, po-- bres hábitos de comida, disturbios en el sueño y otros problemas- conductuales y somáticos. Añadiéndose la desesperación, la hosti lidad y la culpa.

El último estado consiste en la separación y la reorgani- zación. Aquí los síntomas de los estados previos son aliviados -

cuando la persona afligida desarrolla nuevos caminos para percibir y pensar acerca del mundo y su lugar dentro de éste. Involucrándose el establecimiento de la relación de nuevos objetos, nuevos roles y un nuevo sentido de propósito en la vida.

Cabe señalar que de la misma manera en que Kübler-Ross es criticada por Shneidman en cuanto a la presentación de los estados del moribundo y de la familia, los autores antes citados son también criticados por Bugen (1977), quien señala que los estados antes descritos no son necesariamente sucesivos, y que su intensidad puede variar marcadamente como una función de variables individuales y situacionales. De ahí que esté en desacuerdo en cuanto a la forma en que es representada la aflicción. No obstante, Ramsay -- (1979) argumenta que aún cuando los estados antes mencionados no se presenten de esa manera sucesiva, sí nos permiten tener una -- idea general sobre las características de la aflicción, con el fin de planear una terapia que satisfaga las necesidades de él o los -- pacientes; realizando a través de ésta la extinción de viejas respuestas y el establecimiento de nuevos patrones de conductas.

Luego entonces, al jugar la aflicción un papel tan importante al propiciar un desequilibrio o enfermedad en el ser humano -- resulta indispensable tener una mayor comprensión sobre los orígenes de ésta, con el fin de crear un método terapéutico más apropiado sobre la problemática presentada por el paciente. De esta manera, Averill y Wisecki (1979) señalan que el origen de la aflicción puede ser explicado a través de tres diferentes niveles que son: El biológico, el psicológico y el social.

Para explicar el origen de la aflicción desde un punto de vista biológico, se hace referencia a lo filogenético y a lo ontogenético. Así tenemos, que filogenéticamente se hace mención de la presencia de la aflicción en los primates; reportando en este caso Hamburg y Barchas (1975) el estudio del caso de un chimpancé de ocho años y medio de edad, que estaba muy ligado a la madre, la cual fallece. Al fallecer la madre del chimpancé, se observó en éste una falta de interés por su medio ambiente, apatía, falta de apetito, pérdida de peso, conduciéndolo finalmente esta situación --

a su propia muerte 25 días después.

En cuanto a lo ontogerético, se hace mención a las experiencias que los infantes de seis meses de edad exhiben al ser separados de sus madres; resultando por ende, importantes las primeras experiencias de interrelación para que se forme ese sentimiento de unión. No obstante, se señala que la aflicción puede presentarse incluso antes de construir un repertorio conductual con el infante. Presentándose las mismas reacciones en un adulto ante la pérdida de otro.

Los elementos que pueden determinar un origen psicológico de la aflicción son divididos en dos amplias categorías que son negativas y positivas. Así, los determinantes negativos se caracterizan por la falta de interés a la vida; por la falta de propósitos. Por tanto, para que una conducta sea significativa, deben reunirse tres condiciones: a) la ocasión para que una respuesta sea apropiada; b) la aceptación social de la respuesta y, c) que la respuesta este seguida por una consecuencia relevante.

Dichas condiciones deben ser cumplidas, dado que en los determinantes negativos se observa una pérdida de reforzamiento; pues no hay que perder de vista que un amplio rango de conductas desde el más trivial (ver un programa de televisión), hasta el más importante adquieren un gran significado a través de la interacción diaria con otra persona. Por tanto, ante la muerte de una persona, muchas respuestas dejan de ser reforzadas, presentándose lo que conocemos como extinción, que es un proceso doloroso y frustrante. Luego entonces, la muerte implica una reducción de reforzamientos por cuatro razones distintas. La primera de estas estriba en dejar de recibir los reforzamientos proporcionados por la persona difunta. La segunda razón consiste en que aún cuando se sigan proporcionando los reforzadores, no son efectivos, ya que la situación o la actividad resultaba placentera y afectiva. La tercera razón es que la persona afligida no pone nada de su parte para que sus respuestas requieran de la evocación de reforzadores (ésto debido a su apatía) Por último, el que la persona se abstenga de proporcionar una respuesta por las consecuencias negativas que implique; por ejemplo, cuando la respuesta sirve a

un recuerdo doloroso en relación con el difunto, o hay una fuente de culpa o crítica social.

En lo que respecta a los determinantes positivos tenemos que estos hacen referencia a las ganancias o beneficios que adquieren las personas por medio de la aflicción. Dichas ganancias estriban en retirarse de las obligaciones sociales o en el abuso del alcohol.

En cuanto al origen social de la aflicción, resulta importante enfatizar que la muerte al igual que el nacimiento es un evento de gran importancia para la sociedad. Considerando Averill (1980) que la aflicción puede ser vista como un rol social transitorio, semejante a cualquier otro rol social que entalla ciertas obligaciones como beneficios. De esta manera, se hace referencia a la manera en que los individuos deben mostrar su aflicción a partir de una serie de normas establecidas por las diferentes culturas, que no benefician necesariamente a los intereses del afligido, al presentarse un interés a nivel social y no tanto individual. Así, algunas de las obligaciones impuestas por la sociedad consisten en pasar homenaje al difunto, exhibiendo un afecto apropiado cuando la ocasión lo demanda; absteniéndose de ciertas formas de interacción social, etc.. Luego entonces, de no llevarse a cabo estas formas de comportamiento impuestas por distintas culturas, se cae en la conducta censurada del individuo por otros; o en los sentimientos de culpa que pueden conducir al suicidio. Por tanto, para eliminar la aflicción del individuo, la sociedad le permite períodos de retirada, apatía y también proporciona un tiempo considerable para que se recupere y se reintegre a la sociedad, de ahí que las prácticas mortuorias juegan un papel fundamental, con el fin de crear un desahogo en el sujeto afligido.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, la aflicción es considerada por Averill (1979) como un síndrome extremadamente complejo, cuyos orígenes pueden encontrarse a nivel biológico, psicológico o social; resultando además importante los factores como la edad que propicia diferentes características en las per-

sonas-, y el tiempo de muerte -esto es, sí es anticipada o no-. Así, la aflicción tiende primeramente a presentarse de una manera suave, posteriormente presenta una serie de disturbios somáticos- que tienden a ser más comunes. Por último, en lo que respecta -- al anciano afligido, se señala que éste tiende a quejarse de un - sentido de inutilidad o de pérdida de interés por la vida.

Ahora bien, de acuerdo a lo señalado anteriormente, podemos vislumbrar como la postura Cognitivo Conductual le da una --- gran importancia al comportamiento manifestado por el ser humano- ante el suceso de la muerte. Haciendo por tanto, un análisis muy preciso sobre la aflicción presentada por el hombre, al conducir- lo según Wahl (1970) a profundos sentimientos irracionales de de- sesperación y desesperanza; a la incapacidad para aceptar o nego- ciar con sentimientos de ambivalencia hacia la persona que ha -- muerto; a la pérdida de autoestima; a la autoculpa por la muerte; a la incapacidad para expresar afecto a otros; a la pérdida de -- interés para realizar planes para el futuro; apatía, irritabili- dad o hiperactividad fuera de un afecto apropiado. Dicha aflic- ción puede guiar al sujeto a otras formas de conductas maladaptadas como son: alcoholismo, amenaza de suicidio y alienación a --- otros.

De esta manera, ante la presencia de la aflicción, cabe - señalar que el objetivo de la Terapia Cognitivo Conductual como - señala Mechanic (1977), no es tener control sobre la muerte que - es algo inevitable, sino que su finalidad consiste en educar al - paciente desahuciado y a la familia a facilitar su autocontrol, - guiándolos a un conocimiento de su propia instrumentalidad. Esto- es, la "potencia de enfrentamiento" para encarar la muerte. Así, la terapia Cognitivo Conductual se ha extendido, permitiéndo una- mayor intervención para el cuidado del paciente. Ya que el proce- so por el que atraviesa el moribundo, lo desmoraliza, inhibiendo- gradualmente sus actividades normales, sus funciones corporales y sus interacciones medioambientales; jugando un papel importante - las cogniciones que garantizan un buen control en la problemática vivida. De este modo, Turk y Rennert (1980) afirman que el dolor

manifestado tanto por el desahuciado como por la familia, puede ser reducido a través de Terapias Cognitivas, como la Terapia --- Racional Emotiva cuya visión básica es que "el hombre es el único animal que es a la vez racional e irracional, que sus perturbaciones emocionales o psicológicas en gran parte son el resultado de su pensamiento ilógico e irracional, y que puede liberarse de la mayor parte de su infelicidad emocional y mental y de sus perturbaciones si aprende a maximizar su pensamiento racional y a minimizar el irracional" (Ellis, 1980; p 38). Por tanto, puede existir la posibilidad de elegir sentirse apropiadamente triste, interesado ante tragedias semejantes como una enfermedad terminal, o sentirlo inapropiadamente; esto es, con pánico, horror, depresión y compasión de sí mismo.

Así los métodos cognitivos de la TRE, cuya finalidad consiste en superar los sentimientos de ansiedad, depresión, desesperación, hostilidad, la compasión de sí mismo, la disfunción de conductas concomitantes etc., consiste en detectar pensamientos irracionales que causan en su mayor parte las perturbaciones ya señaladas. De esta manera, tenemos que la TRE aplicada al caso de las personas que enfrentan una muerte cercana, tiene posibilidades de investigación.

Tratando de concluir este capítulo, se puede enfatizar la importancia de trabajar con aquellas personas que enfrentan la muerte de una forma personal, como aquellas que la enfrentan de una manera colateral; ya que de acuerdo a lo expuesto en esta parte se pudo observar que el origen o el mantenimiento del temor a la muerte puede ser por una gran variedad de razones. No obstante, el interés del presente capítulo no estriba en señalar cual de las diferentes perspectivas teóricas expuestas es la más aceptable o apropiada, ya que desde mi punto de vista todas aportan algo de gran importancia, permitiendo elaborar toda una serie de cuestionamientos al respecto.

De esta manera, lo importante a rescatar es el estado emocional que presentan los sujetos y que es producido por el suceso de la muerte, tal como mencionan los diferentes autores y que re-

sume Wahl (1970) como profundos sentimientos irracionales de desesperación y desesperanza, incapacidad para aceptar o negociar con sentimientos de ambivalencia hacia la persona que ha muerto; pérdida de autoestima, autoculpa por la muerte, incapacidad para expresar afecto a otros; pérdida de interés para realizar planes para el futuro; apatía, irritabilidad o hiperactividad fuera de un afecto apropiado o desviación a otras conductas como sería el alcoholismo, la amenaza de suicidio y la alienación a otros. Todos estos estados que son producidos por la aflicción, que al ser la fuerza de una gran angustia es considerada como una enfermedad, deben ser intervenidos.

Marcovitz (1970) agrega que la muerte de un miembro en la familia afecta a éstos tanto a un nivel individual como grupal. Esto ya que la muerte nos priva de el placer de la vida, privándonos de la relación con ese ser, relación en la que se ha experimentado amor y en la cual hemos dado y recibido seguridad, ayuda y hemos contribuido a sentimientos de identidad y pertenencia. Señalando por tanto Cohen y Wellisch (1978) la necesidad de que se adquiera un cambio en la organización familiar, al verse ésta inmersa en un gran stress ante la pérdida de un miembro de la familia; por lo que es conveniente que exista y se extienda ese interés no sólo por el desahuciado, sino que además incluya al sistema familiar que juega un papel significativo durante el tiempo de la enfermedad, a través de la expresión de emociones.

De este modo, la respuesta a las preguntas realizadas en el desarrollo de este capítulo tales como: ¿Se podría llevar a cabo un tipo de intervención que le permitiera al hombre prevenirse sobre su percepción negativa hacia este suceso? o sí ¿Sería posible que el hombre se preparara a sí mismo para realizar una mejor muerte; o que estuviera preparado para enfrentar cualquier situación difícil que lo condujera a un desenlace fatal? Tienen una respuesta positiva ya que es un tópico al que no se le ha dado la debida importancia al creerse que es un campo que sólo le compete a la Medicina, lo cual es totalmente falso, pues no hay que olvidar que el ser humano es un ser Bio-psico-social. Señalando Meyer

(1983) que el médico entra en contacto con los individuos por medio de aquellas enfermedades que ponen en peligro sus vidas; mientras que el Psicólogo o el Psiquiatra lo hacen a través de los conflictos presentados en la vida de aquellas personas que enfrentan la muerte. Por tanto, es posible subrayar a través de lo expuesto por Meyer, la necesidad que tienen los desahuciados y los familiares de éstos de expresar sus sentimientos y sus propias reacciones que les permita comprender mejor su conducta. Así, se puede observar que estas actividades no son practicadas por los médicos al no ser este su campo de trabajo. No obstante, Kübler-Ross (1969) señala lo importante que sería el que los médicos permitieran este tipo de comunicación con los enfermos; con el fin de que los primeros tuvieran una comprensión más amplia sobre los estados por los que atraviesa el moribundo, tales como: la ira, la envidia, la culpa, el aislamiento etc.

Ahora bien, al percatarnos de todas las tensiones a las que se encuentra inmerso el individuo por la muerte de un ser querido. Resulta importante preguntar ¿Actualmente hasta que punto se ha logrado intervenir sobre la angustia del hombre que enfrenta una muerte cercana? Para dar respuesta a esta pregunta, se recurrirá al capítulo tres, en donde se desarrollan las investigaciones que hasta el momento se han realizado.

CAPITULO III

ALGUNAS INVESTIGACIONES CLINICAS SOBRE LOS
EFFECTOS PSICCLOGICOS PRESENTADOS POR LOS -
FAMILIARES DE PACIENTES DESAHUCIADOS.

- A) Intervenciones realizadas en aquellas - familias que enfrentan la muerte de una manera colateral.
- B) Análisis sobre las intervenciones reali- zadas en aquellas Familias que enfren-- tan una muerte cercana.

CAPITULO III

ALGUNAS INVESTIGACIONES CLINICAS SOBRE LOS EFECTOS PSICOLOGICOS PRESENTADOS POR LOS FAMILIARES DE PACIENTES DESAHUCIADOS.

Como se pudo apreciar en el capítulo dos, la familia al enfrentar la muerte cercana de alguno de sus miembros que ha sido desahuciado por la Ciencia Médica, se ve inmersa en un tremendo stress; presentándose así una serie de dificultades emocionales en cada uno de sus integrantes. Ya que cómo explica la Teoría -- Cognitivo Conductual la estructura familiar es vista como un sistema interpersonal, que se organiza a través de una serie de patrones complejos de interacción que mantienen un equilibrio. Dicho de otra manera, la unidad familiar desarrolla un sistema de reforzamiento que originan y mantienen ciertas conductas en cada uno de sus miembros. Por tanto, al presentarse un cambio en esta unidad, como es la muerte de alguno de sus integrantes; esos patrones de interacción se ven interrumpidos, propiciando que el sistema familiar entre a un estado de desequilibrio, al encontrarse los familiares fuera de un repertorio adecuado de respuestas -- (Jackson 1959). Así, los familiares presentan una serie de problemas conductuales o reacciones patológicas al enfrentarse al -- conflicto y al stress a través de estrategias de interacción desadaptadas.

De esta manera Lieberman (1976) señala la importancia de ayudar a los miembros de la familia que presentan una serie de -- estados patológicos, modificando sus modos de interacción. Esto -- es, cambiando las consecuencias de conducta o las contingencias -- de reforzamiento que operan en ese sistema familiar. Lográndose esto, a través de los principios de condicionamiento operante en el contexto interpersonal; incrementando las conductas adaptativas, al mismo tiempo que las conductas desadaptadas son extinguidas.

Luego entonces, debido a que los estudios clínicos del --

proceso del moribundo se han enfocado más a la experiencia del -- individuo y, le han dedicado menos atención al impacto de la --- muerte en la unidad familiar; el objetivo del presente capítulo - consiste en presentarle al lector las investigaciones que se han- realizado con aquellos familiares que enfrentan una muerte cerca- na, con el fin de conocer la manera en que se ha intervenido para modificar esos patrones de interacción desadaptados. Maximizando la capacidad de la familia para enfrentarse con efectividad ante- ese suceso inevitable; al responder ésta (cómo se señaló anterior- mente) a un estado de negación por la enfermedad, acompañado de - fuertes dificultades emocionales ante la posible pérdida de ese - ser amado (Binger 1969; Bowen 1976; y Raphael 1977).

A . Intervenciones realizadas en aquellas familias que enfrentan la muerte de una manera colateral.

Weisman (1972) en sus estudios reporta que la familia -- que enfrenta una muerte cercana, se encuentra en un estado crítico de negación y aceptación por la enfermedad del ser querido; -- presentando ese estado de aceptación y negación tres órdenes o modalidades diferentes. De este modo, señala que el primer orden de negación se caracteriza por una negación rotunda de la enfermedad, incluyendo el diagnóstico de ésta. Mientras que en un segundo orden son negados los síntomas presentados por el desahuciado. Por último, en el tercer orden, ya se presenta un reconocimiento de la enfermedad, la manera como va progresando ésta, la realización del tratamiento indicado. No obstante, como resultado último aún existe una fuerte negación por la muerte.

→ Este autor además argumenta que esta negación de la familia por la enfermedad del ser querido --que lo conducirá a un desenlace fatal--, puede tomar muchas formas; siendo la más importante aquella que involucra una ruptura en la red de comunicación de los familiares. Propiciando esto, una limitación muy grande para el desahuciado, al no brindársele la oportunidad de hablar abiertamente acerca de sus sentimientos, miedos, deseos e interés durante el curso de su enfermedad. Demostrando así lo dicho por Weisman, que el interés no sólo debe responder a las necesidades del desahuciado quien también atraviesa por una situación emocional crítica, sino que dicho interés se debe extender en todos y cada uno de los miembros de la familia que se encuentran inmersos en stress y ansiedad, que juegan un papel sumamente importante en la etiología o mantenimiento de los desórdenes presentados por éstos. Cambiando los papeles representados por la familia de una manera dramática, durante el curso de la enfermedad del desahuciado.

Cohen y Wellisch (1978) describen el caso de una familia-

inmersa en tensión y depresión al enterarse de la presencia de cáncer en uno de sus miembros. Por tanto, esta familia que había entrado a una situación muy aversiva; requería de una ayuda profesional que le permitiera y le enseñara a afrontar dicha situación.

A grandes rasgos describen que la intervención fué realizada durante dos fases. Así, durante la primer fase se ayudó a todos los miembros de la familia a crear un orden en casa, en cuanto a la realización de algunas tareas.

En una segunda fase, se procedió a afrontar a la familia con la enfermedad padecida por el ser querido; realizándose esto por aproximaciones sucesivas. Analizándose en cada una de las sesiones, las reacciones, los sentimientos y las actitudes sobre la enfermedad. Estos autores señalan que la familia continuó con la terapia una vez que el familiar enfermo había fallecido; reportando una serie de cambios óptimos en cada uno de los integrantes.

Cohen y Wellisch describen un segundo caso que consiste de una pareja; el señor y la señora "C". El señor "C" padecía una enfermedad progresiva que lo conduciría a la muerte; dicha enfermedad produjo toda una serie de conflictos entre la pareja. Pues el señor "C" se sentía rechazado por su pareja por causa de su misma enfermedad; mientras que la señora "C" presentaba sentimientos de culpa debido a la actitud que presentaba ante su pareja. Luego entonces, ante dicha problemática, se trató de modificar esa interacción desadaptada, elaborándose un contrato marital en el que ambos miembros salían beneficiados. Los resultados reportan que aún cuando el señor "C" murió seis meses más tarde, debido a la presencia de una serie de complicaciones inesperadas relacionadas con su enfermedad; fué posible que la pareja manejara mejor su relación hacia el final de sus vidas.

Un tercer caso descrito por estos autores, consistió en la enfermedad padecida por uno de los integrantes de la familia "D". El integrante tenía una edad de 8 años, encontrándose de sahuaciado de Leucemia; provocando esto una fuerte depresión en -

los padres de éste; así como fobia a la escuela en el hermano menor. La técnica terapéutica empleada fué la Terapia Racional Emotiva, con el fin de enseñar a los padres del niño a detectar sus pensamientos sobre la enfermedad presentada por éste. Pues resulta importante señalar como antecedente que existía en la familia la muerte del hijo de la hermana de la señora "D", el cual murió a la edad de 8 años. Este antecedente provocaba más problemas en esta familia, ya que existían sentimientos de culpa en los padres al pensar que era algo genético, una enfermedad hereditaria; propiciándose una serie de desavenencias entre la pareja. De este modo, estos autores consideraron indispensable reconstruir la relación deteriorada de la pareja, con el fin de resolver los conflictos presentados por ésta. Los resultados reportan que muchas de sus disputas fueron eliminadas, mostrando capacidad para solucionar sus áreas de conflicto.

Dados los disturbios emocionales presentados por el desahuciado y, los familiares, Albert Ellis (1962) propone el uso de la TRE con el fin de eliminar dichas perturbaciones, ayudando a las personas a vivir felizmente ante cualquier situación. Pues la TRE enseña a las personas a ser altamente emocionales pero de manera apropiada; ayudándolos a sentirse benéficamente cautelosos, vigilantes, interesados acerca de la enfermedad y la muerte (de sí mismos y de otros), pero no de una manera distorsionada. Esto es, excesivamente interesados, ansiosos y asustados; sino a sentirse afligidos, irritados acerca del dolor y sufrimiento, fuera de añadir a estos sentimientos un gratuito exceso con reacciones de auto-daño, terror, depresión y desesperación.

Luego entonces, una de las ideas principales de la Terapia Racional Emotiva es que conduce a las personas que sufren por la posible muerte de un ser querido, a que se den cuenta de que sólo ellas tienen el poder para elegir sus sentimientos y, por tanto, son ellas las que eligen sentirse ansiosas, deprimidas y hostiles. De este modo, el primer paso consiste en enseñar a los pacientes a distinguir entre sus pensamientos racionales

les e irracionales; haciéndose hincapié en que estos últimos son sólo hipótesis y no hechos. Así, describe el caso de un hombre de 25 años, quien se encontraba extremadamente ansioso por la -- probabilidad de que su esposa que padecía de cáncer muriera; dirimiendo la ansiedad a través de la TRE, que le permitió averi-- guar acerca del por qué de sus síntomas y la manera en que podía anular éstos.

Otros métodos señalados para intervenir con aquellas per-- sonas que enfrentan una muerte cercana, son las técnicas de rela-- jación, el juego de roles para actuar escenas que son evitadas - tales cómo: Informar al niño que su padre tiene una enfermedad - fatal. Permitiéndole esta técnica experimentar profundamente las - emociones que ellos sienten al actuar estas escenas; mostrándos-- les a ellos mismos de que manera pueden manejar la situación y - sus sentimientos.

Por último Ramsay (1976) reporta el uso de técnicas de - inundación, con el fin de atacar aquellas reacciones patológicas de aflicción.

Ahora bien, los casos descritos reflejan la importancia de brindar apoyo a los familiares de pacientes desahuciados, al atravesar éstos por un período crítico en el que la posible muer-- te del desahuciado les recuerda un mal que no es aceptado por la sociedad y que por ende, debe ser evitado y negado. Posponiéndos-- con frecuencia su confrontación, esperando que ésta desaparezca-- por arte de magia. Demostrando por tanto, los familiares del -- desahuciado una serie de representaciones no acordes con sus --- verdaderas emociones, con el fin de no hacer alusión a lo que -- saben, llevándo una conversación cautelosa en la que tratan de - engañarse mutuamente.

De este modo, ante el estado crítico atravesado tanto -- por el desahuciado cómo por los familiares, resulta necesario -- hacer un breve análisis sobre las pocas investigaciones realiza-- das; permitiéndole al lector tener un panorama más amplio sobre la importancia y la manera en que se podría llevar a cabo un es-- tudio de este tipo. Con el fin de proponer una alternativa de - trabajo.

- B). Análisis sobre las intervenciones realizadas en aquellas Familias que enfrentan una muerte cercana.

En el comienzo del capítulo enfatizo al lector, sobre la serie de dificultades emocionales presentadas en aquellas personas que enfrentan la muerte de manera colateral. Pues de acuerdo a lo dicho por Epstein (1975) la aflicción a la que esta sometida la familia a menudo contribuye a presentar una amplia variedad de desórdenes psicológicos y somáticos; agregando Marcovitz (1970), la presencia de reacciones espontáneas, emociones, pensamientos y acciones. Incluyendo este tipo de reacciones, componentes somáticos, cardiovasculares o gastrointestinales. Por esta razón se hizo una breve revisión sobre aquellas investigaciones que se han preocupado por intervenir en los efectos psicológicos presentados por éstas personas; con el fin de analizar las técnicas empleadas más comunmente o frecuentemente para disminuir dichos efectos. Proporcionando al final de la sección de este capítulo un punto de vista particular sobre la importancia de llevar a cabo un estudio más extensivo sobre dicho tópico.

Luego entonces, de acuerdo a los casos descritos en el inciso anterior, se pudo apreciar de una manera clara como al tener conocimiento de algún familiar que se enfrenta a una enfermedad terminal, la familia entra a un desequilibrio presentando intensos niveles de emociones. De ahí que Bowen (1976), haga hincapié en intervenir en aquellas reacciones de aflicción que se pueden convertir en patológicas si no hay una confrontación con éstas para ser extinguidas.

Ahora bien, dado que en esta sección del capítulo tres, se pretende hacer un análisis sobre las investigaciones que se han llevado a cabo con aquellas personas que enfrentan una muerte cercana. Resulta importante señalar como primer punto la falta de investigaciones sobre dicho tema; pues no se ha llevado a cabo una investigación extensiva sobre los efectos psicológicos-

Cent. Estudios

presentados por los familiares de los pacientes desahuciados y su intervención. De esta manera, se puede percibir la poca información que existe a nivel aplicado sobre aquellas personas -- que enfrentan una muerte cercana; pues de los casos narrados en el inciso anterior, podemos apreciar una falta de sistematización, no se manejan número de sesiones, se habla a grandes rasgos de las técnicas empleadas y de las posibles técnicas a emplear, pero no hacen una evaluación precisa sobre éstas. Tampoco señalan los posibles problemas a los que se enfrentaron, con el fin de que ofrezcan una pauta para llevar a cabo una investigación más precisa. Ya que al parecer se le ha dado más importancia a los estudios clínicos del proceso del moribundo, enfocándose a la experiencia del individuo, aunque nuevamente queda a un nivel meramente teórico.

De este modo, ante la falta de tantos datos, resulta muy complejo para el lector apreciar los efectos de las técnicas conductuales, sobre aquellas personas que enfrentan la muerte de manera colateral. Pues a grandes rasgos se señala por ejemplo, la efectividad de la TRE acompañada de ejercicios de relajación -- al conseguirse cambios en la conducta (Murray y Jacobson, 1978), pero no se hace un análisis preciso que informe la efectividad real de esa terapia en ese caso particular, ya que sin duda alguna es muy posible que influya la edad del familiar enfermo, el tipo de enfermedad, el parentesco con el enfermo, la edad del familiar que afronta la muerte etc., por tanto, no se hace mención de las desventajas encontradas.

De esta manera, la falta de una investigación adecuada nos limita a dirigir una investigación en la que exista un mayor control sobre aquellas posibles variables que pueden influir en un momento dado; limitándonos en la obtención de datos óptimos -- pues no hay que perder de vista las desventajas que se tienen al trabajar en un ambiente natural.

Así, de acuerdo a lo señalado en el inciso A, se puede apreciar los desórdenes psicológicos presentados por aquellas -- personas inmersas en la problemática de enfrentar la muerte de --

un ser querido, haciéndose énfasis en la falta de la realización de un análisis preciso de la aplicación terapéutica, así como de los resultados obtenidos de dicha aplicación; limitándonos para evaluar la efectividad de la terapia empleada.

Luego entonces, debido a la falta de investigaciones sobre el tópico del apoyo psicológico brindado a los familiares de pacientes desahuciados y, al ser una realidad los efectos psicológicos presentados por los familiares de éstos. El presente -- trabajo tiene como objetivo, la formación de un taller constituido por aquellos sujetos que enfrentan la muerte de un ser querido, con la finalidad de que éstos aprendan a afrontar la inevitabilidad de la muerte del ser querido, de una forma objetiva y -- constructiva, ayudándoles así a crecer emocionalmente. Dicho de otra manera, se pretende que los sujetos al finalizar el taller aprendan una serie de habilidades para afrontar con efectividad la muerte cercana de un ser querido, manteniendo un equilibrio emocional e interpersonal. Extinguiéndose por tanto, aquellas respuestas desadaptadas manifestadas por los familiares cargadas de enorme angustia, dolor, depresión, etc., al ayudarlos a expresar sus sentimientos de una manera apropiada.

Laqueur (1976) enfatiza la importancia de brindar apoyo a los familiares, con el fin de ayudarles a resolver sus dificultades al negociar con la enfermedad terminal presentada por algún ser querido; sugiriendo se continúe con este tipo de terapia durante la fase post-mortem.

Ahora bien, dada la falta de investigaciones en lo que respecta a la intervención de los efectos psicológicos presentados por los familiares que enfrentan la muerte en forma colateral; esto es, no enfrentando en ese momento su propia muerte, -- sino la de un ser querido; resulta sumamente importante llevar a cabo una investigación de este tipo, ya que la Psicología ha intervenido muy poco a un nivel aplicado; siendo sin duda alguna una realidad los efectos psicológicos producidos por la muerte de un ser querido. Efectos que en la mayoría de las veces se -- presentan como reacciones patológicas de depresión, sentimientos

de culpa, los cuales a su vez pueden generar una serie de enfermedades somáticas, ansiedad, autopunición, suicidio, etc. Ofreciendo por tanto, la realización del presente trabajo un proceso de investigación para buscar respuestas a nuestras ansiedades -- comunes acerca de la muerte y, por ende, idear o elaborar un proceso terapéutico apropiado que le permita a los sujetos afrontar la muerte de un ser querido de manera objetiva y constructiva, - permitiéndolo un crecimiento emocional, cómo fué mencionado anteriormente.

Así, para una mayor comprensión de la importancia que -- tiene el que la Psicología aborde este tipo de investigaciones - así como para el cumplimiento del objetivo planteado en el inciso B de este capítulo, se presentará a continuación el reporte - de un estudio preliminar. No sin antes enfatizar que el presente trabajo tiene como objetivo ayudar a los sujetos a enfrentarse a la muerte de un ser querido de una forma objetiva y cons--- tructiva, propiciando así un crecimiento emocional. Siendo por - tanto la alternativa de tratamiento la Terapia Racional Emotiva- que es empleada por Albert Ellis (1962) Turk y Rennert (1980) en las perturbaciones presentadas por los familiares de pacientes - desahuciados.

CAPITULO IV

REPORTE DE UN ESTUDIO PRELIMINAR

Método

Resultados

Análisis de resultados

Tablas y Figuras.

CAPITULO IV

REPORTE DE UN ESTUDIO PRELIMINAR

En este capítulo, se describe el estudio que se llevó --- a cabo con los familiares de los pacientes desahuciados, con el - fin de que el lector perciba la importancia de intervenir con a-- aquellas personas que se enfrentan a la muerte de una manera direc- ta o indirecta; haciéndose patente la necesidad de mantener un -- equilibrio emocional en estas personas. Por otro lado, también - se pretende que el lector tenga una comprensión más amplia sobre- la manera como se llevó a cabo el presente trabajo con la finali- dad de realizar investigaciones más controladas.

METODO

Sujetos

De los enfermos desahuciados del Instituto Mexicano del - Seguro Social de la Clínica 58 "Las Margaritas", se seleccionaron 13 de estos sujetos de una manera pre-determinada; con la finali- dad de trabajar con los familiares de éstos al enfrentarse a la - muerte de una forma colateral. Así la población con la que se -- trabajó estuvo conformada por 12 mujeres y un hombre, cuyas eda-- des fluctuaron entre 17 y 70 años.

Los sujetos intervinieron en la investigación a partir de que se les informó la necesidad y la importancia de proporcionar- apoyo psicológico a aquellas personas que enfrentaban la posible- muerte de un ser querido.

Los sujetos que conformaron la muestra procedían de una - clase medio inferior con un nivel socio cultural bajo.

Instrumentos de trabajo

Se utilizó un instrumento de evaluación elaborado por la- Terapeuta; que consistió de 20 items, cuya finalidad fué la medi-

ción de actitudes hacia la muerte de un ser querido. Permittiendo además la información sobre algunos signos o índices de la personalidad subyacentes de los sujetos que enfrentaron una muerte cercana.

Por tanto, de los 20 items, 7 sondearon una conducta de evitación, 6 de ansiedad y 7 de depresión.

Los índices quedaron definidos de la siguiente manera, -- con el propósito de evaluar de manera más sencilla las actitudes de los sujetos hacia la posible muerte del familiar.

Ansiedad.- En este grupo fueron ubicados aquellos sujetos que presentaron pensamientos o imágenes que propiciaban una intensidad de sentimientos de preocupación o dificultad para dormir.

Los sujetos que presentaron dificultad para interactuar con el desahuciado, el médico, las enfermeras o el resto de los familiares, fueron agrupados dentro de la evitación. Mientras -- que los individuos que se agruparon como depresivos, fueron aquellos que presentaron algunas alteraciones en sus pensamientos, generando por tanto, sentimientos de culpa, autoverbalizaciones destructivas; disminución en los impulsos alimenticios. Así como la presencia constante de llanto.

Otro tipo de instrumentos empleados son los especificados en cada una de las sesiones que conformaron la investigación. Pizarrón, gis, esquema del estado padre, adulto, niño; y, las ideas irracionales más representativas para dicha investigación

Situación Experimental

El trabajo se llevó a cabo en el aula de conferencias del IMSS "Las Margaritas" clínica 58, cuyas dimensiones espaciales -- fueron cuatro metros de largo por tres metros de ancho. El aula contaba con buena iluminación, sillas, pizarrón, etc.

Diseño

Se utilizó un diseño pretest-postest debido a que se trabajó en un ambiente natural. Quedando establecida la variable independiente (VI) como el uso de la TRE en aquellos sujetos que -- enfrentaron la muerte de manera colateral. Esto es, la muerte de-

un ser querido. Mientras que la variable dependiente (VD) fué -- definida como las actitudes manifestadas por cada uno de los sujetos hacia la posible muerte de un familiar.

Procedimiento

Para una mejor comprensión sobre la manera en que se realizó el trabajo en la clínica 58 "Las Margaritas" del IMES, el -- procedimiento será descrito en dos partes. En la primera parte -- se hará referencia a la elaboración del instrumento de medición -- que tuvo que ser creado para llevar a cabo dicha investigación; -- mientras que en la segunda parte se describirá el trabajo realiza-- do con los familiares de los pacientes desahuciados.

PARTE I

Primeramente se hizo una revisión sobre la medición de ac-- titudes con el fin de crear el instrumento de medición, ya que la investigación que se pretende llevar a cabo se destaca por presen-- tar características subyacentes o internas de cada uno de los su-- jetos, que no pueden ser observadas directamente. De ahí la necesi-- dad de crear un instrumento de evaluación que cubriera nuestras necesidades. De este modo, la escala seleccionada para elaborar el instrumento de medición fué la escala Likert (1932) que está -- especialmente destinada a medir actitudes; quedando definida la -- actitud como la suma total de sentimientos, prejuicios, distorsio-- nes, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convic-- ciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico.

Una vez seleccionada la escala, se procedió a recopilar -- los items con sus respectivos indicadores; esto es, con las posi-- bles respuestas que pudieran ser seleccionadas por los sujetos, -- tratándose que la escala estuviera conformada tanto por items po-- sitivos como items negativos; con el fin de evitar las respuestas mecánicas a las proposiciones de la escala, o detectar inconsis-- tencias en las respuestas. Así, primeramente se conformó una es-- cala constituida por 38 reactivos con la finalidad de revisar la -- presentación y redacción de cada uno de estos, eliminando aque-- llos items que resultaran ambiguos. Luego entonces, la escala --

fué presentada a cada uno de aquellos sujetos que tenían internado algún familiar enfermo -proporcionando esta información los médicos internistas del IMSS-, en esta escala, las personas tenían que indicar la intensidad de su actitud por lo que se proporcionaba la siguiente instrucción "De acuerdo a las afirmaciones presentadas - abajo, por favor indique cuidadosamente en cada una de éstas. el número que usted cree describe su situación actual en relación con el familiar enfermo. (Ver anexo 1).

Una vez que los sujetos respondieron de manera individualizada uno de los reactivos, se procedió a analizar la consistencia interna de éstos a través del coeficiente r de Pearson. Seleccionando para la escala definitiva aquellos items que presentaron sus coeficientes de correlación más altos, así como los que se consideraron importantes para sondear una segunda vez. De este modo, se estableció la correlación que pudiera existir entre el puntaje -- asignado a cada item por cada persona (Y) y el valor escalar total de la misma (X). Quedando representada " X " por el puntaje total -- menos el puntaje en el item; y " Y " como el puntaje en el item.

Una vez eliminados aquellos items que presentaron un coeficiente de correlación muy bajo, como los que de alguna manera -- sondeaban la misma actitud, se procedió a reestructurar la escala Likert seleccionando los reactivos con una alta correlación y los que se consideraron importantes, cómo se mencionó anteriormente.

De este modo, el instrumento de evaluación utilizado en -- la presente investigación quedó conformado únicamente por 20 items (ver anexo 1), tratando de que cada uno de los reactivos quedara -- redactado de la manera más sencilla, dado que una gran parte de la población que asistió al IMSS procedía de una clase medio inferior y un nivel socio cultural bajo.

PARTE II

Esta parte está conformada por dos sesiones experimentales --exponiéndose la razón de que sólo hayan sido dos sesiones en la -- parte de la discusión-, las cuales se llevaron a cabo en el aula -- de conferencias del IMSS "Las Margaritas".

Una vez seleccionados los sujetos con los que se llevó ---

a cabo la investigación, se dió inicio a ésta, con el fin de cumplir el objetivo de proporcionar apoyo psicológico a los familiares de pacientes desahuciados, enseñándoles a adquirir ciertas -- habilidades por medio de algunas estrategias que les permitieran responder de una manera positiva a su realidad que les resultaba adversa.

Sesión 1

La sesión se inició con la aplicación de la evaluación -- constituida por 20 items con el fin de medir la actitud mostrada por los sujetos ante el suceso de una posible muerte cercana (ver anexo 1) . Ya aplicado el instrumento de evaluación, se procedió a la presentación de los terapeutas, quienes explicaron el objetivo del trabajo; así como la presentación de cada uno de los participantes con el fin de que expusieran su problemática y pudieran sentirse identificados. La presentación se llevó a cabo de forma verbal ya que debido a la limitación que se tenía de tiempo para trabajar, así como las características presentadas por el grupo, -- no fué posible la implementación de una dinámica de presentación.

Una vez realizada la presentación, el rubro a tratar en -- el resto de la sesión fué: "Análisis sobre el Apoyo brindado al -- Familiar Enfermo".

Objetivo: Que los participantes adquirieran una mayor compren--- sión sobre las actitudes presentadas por ellos mismos hacia el -- enfermo desahuciado; clarificando de una manera espontánea, ante sí mismos las actitudes que pueden presentar ciertos obstáculos -- para una ayuda óptima.

Número de participantes: Trece.

Tiempo requerido: Dos horas.

Lugar de Trabajo: Salón amplio.

Material: Pizarrón, Gis, Esquema con que se traba -- ja en el análisis transaccional, forma -- do por los elementos: estado padre (P), estado adulto (A), estado niño (N).

Desarrollo: En un inicio, se explicó a los sujetos que existen -- diferentes formas de responder ante distintas situaciones o pro--

blemas, siendo algunas de estas formas las del estado padre, adulto y niño, cuyas características son las siguientes:

Estado Padre.- Actúa y se comporta de acuerdo a normas preestablecidas. Esto es, se preocupa por "lo que debe ser", enjuicia a los demás.

Estado Niño.- Actúa y se comporta de acuerdo a lo que se le --- ocurre, de manera impulsiva. No piensa ni en lo que debe ser, ni en lo que conviene; sino en lo que le gusta. Tiende a "hacer lo -- que quiere".

Estado Adulto.- Actúa y se comporta de acuerdo a lo que se conoce partiendo de la realidad que lo rodea, busca estar mejor informado se ocupa de lo que le conviene que sea; tiende a aceptar a los demás como son.

Una vez dada la explicación, se verificó que cada participante hubiera comprendido perfectamente el esquema, con el propósito de que se ubicaran en el estado que creían los identificaba, de acuerdo a la problemática particular del enfermo, señalando el --- por qué. Ya ubicados todos los participantes, se realizó un análisis grupal de acuerdo a las siguientes preguntas: ¿Qué semejanzas-encontramos en las reacciones de los demás y en las propias? ¿Qué-diferencias? ¿Qué aprendizaje hemos obtenido? ¿Qué problemas nos - preocupan más con respecto a lo que acabamos de analizar? ¿Qué fué lo que más nos impresionó de todo lo que hemos escuchado?

Tiempo requerido: 90 min.

Posteriormente se abordó el tópico "Análisis sobre los --- posibles estados emocionales, que se pueden estar gestando en relación con el enfermo y consigo mismo". Por tanto, de acuerdo a la ubicación que los participantes hicieron en el análisis transaccional formado por los elementos estado padre, niño y adulto; se - extrajeron los posibles estados emocionales que se estaban gestando en cada uno de los participantes, con el fin de que dieran pauta a la explicación de las ideas irracionales que podían estar presentes en cada uno de los sujetos. Dando lugar a la sesión número dos.

Tiempo requerido: 30 min.

Sesión 2U.N.A.M. CAMPUS
IZTÁCALA

El rubro a tratar en esta sesión fué: "Introducción a los principios propuestos a la Terapia Racional Emotiva"

Objetivo: Que los participantes conozcan y manejen los principios de la Terapia Racional Emotiva, para que enfrenten el fenómeno vivido de una manera analítica, crítica, elaborando una serie de conclusiones que les permita crecer emocionalmente.

Número de participantes: Trece **IZT. 1000902**

Tiempo requerido: Dos horas.

Lugar de trabajo: Salón amplio.

Material: Pizarrón, gis, ideas irracionales más representativas para el tópico, preparación de la Conferencia.

Desarrollo: Durante esta sesión, se llevó a cabo una conferencia que cubrió los siguientes puntos: a) Origen de nuestras emociones b) Diferencia entre deseo y necesidad, c) Explicación del ABC, - d) Principios de la Terapia Racional Emotiva explicados al problema en discusión.

Una vez expuesta la conferencia, se procedió a discutir - las ideas irracionales más representativas para esta situación; - tratándose de que cada sujeto se diera cuenta y analizara el porqué su irracionalidad. Luego entonces, las ideas analizadas --- fueron:

- 1.- La idea de que la desgracia humana se origina por causas externas y que la gente tiene poca capacidad, o ninguna, de -- controlar sus penas y perturbaciones.
- 2.- La idea de que si algo es o puede ser peligroso o temible se deberá sentir terriblemente inquieto por ello, deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra.
- 3.- La idea de que es tremendo y catastrófico el hecho de que -- las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que - fuesen.
- 4.- La idea de que es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida.

- 5.- La idea de que invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y que si -- esta solución perfecta no se encuentra sobreviene la catástrofe.
- 6.- La idea de que se debe depender de los demás y que se necesita a alguien más fuerte en quien confiar.

Una vez discutidas las ideas irracionales, comprendiéndose se el porque de su irracionalidad, se dió por finalizada la sesión número dos. Esperándose que lo discutido en esta sesión -- haya sido de ayuda para enfrentar de una manera más adecuada la posible muerte de un ser querido, ayudándo de una manera indirecta a quien lo vive en primera persona.

Resultadcs

Dada que para el cumplimiento del objetivo del presente - trabajo, hubo necesidad de crear el instrumento de evaluación al - presentarse una serie de características subyacentes o internas - en cada uno de los sujetos, impidiendo por tanto la observación - directa (como fué mencionado en el procedimiento), resulta conve - niente enfatizar que dicha sección está descrita en dos partes. De esta manera en la primera parte se reportan los resultados ob - tenidos con respecto al instrumento de medición. Esto es, si fue - apropiado en la representación de las actitudes de aquellos indi - viduos que enfrentaban una muerte cercana como fué el caso de los 13 sujetos que conformaron la muestra. Mientras que en la segun - da parte, se hace una evaluación de la Terapia Racional Emotiva - implementada en la presente investigación.

PARTE I

Va que el instrumento de medición empleado en esta inves - tigación evaluó a través de una escala Likert las actitudes mani - festadas hacia la posible muerte de un ser querido; se señala a - continuación el nivel de correlación obtenido en cada uno de los - items. Presentándose por tanto aquellos items que resultaron sig - nificativos y los no significativos en la tabla 1.

Ahora bien, observando sólo aquellos items en los que se - tuvo un alto grado de correlación (1,3,6,7,8,9, 10, 12, 13, 14, 15, 16 - 19), puede confirmarse, que las actitudes descritas no son alea - torias; dicho de otra manera, esos items significativos sí repre - sentaron las actitudes de los individuos que afrontaban la posi - ble muerte del ser querido.

Por tanto, al obtenerse la consistencia interna de todo - el instrumento de medición, se adquirió un índice de correlación - de .75; siendo la r de Pearson significativa a un nivel de .05 -- (este dato también puede ser observado en la tabla 1). De esta - manera, el instrumento no sólo presentó una consistencia interna -

apropiada, sino que también permitió obtener información sobre -- una serie de aspectos relevantes para una mejor comprensión sobre la situación presentada por los familiares de los sujetos desahuciados, esto en cuanto a los factores desencadenantes o la posible sintomatología presentada por dichos individuos. Permittedo por tanto, la identificación de algunas conductas como son: la -- ansiedad, la depresión y la evitación, que pueden ser observadas en las figuras 5, 6 y 7 correspondientes al pretest, que serán -- descritas más adelante.

Para una mejor comprensión de los resultados, la figura 1 muestra la frecuencia del puntaje total obtenido por los sujetos en el instrumento de medición (correspondiente al pretest), el -- cual se calculó a partir de la suma de los puntajes de aquellos -- items significativos en cada uno de los sujetos. Así, en esta figura se aprecia la frecuencia con que se distribuyó dicho puntaje los cuales fueron agrupados en intervalos de quince. Las puntuaciones que abarcan de 15 a 29, de 30 a 44 y, de 45 a 59 se presentan con una frecuencia de 1. La puntuación que fluctúa de 60 a 74 es la que se presentó con una mayor frecuencia, siendo ésta de 5. El puntaje que va de 75 a 89 aparece con frecuencia de 3 y por último, de 90 a 104 aparece con una frecuencia de dos. Ahora bien, -- al obtenerse la media de estos datos, se pudo observar que el puntaje promedio de los 13 sujetos fué de 68.15 (siendo este un índice de rechazo total por la posible muerte del familiar): mientras que a través de la desviación estándar se observó que cada una de las puntuaciones de los 13 sujetos se desvió en promedio 20.7 puntos de la media aritmética.

Una vez señalada la frecuencia del puntaje total obtenido en el instrumento de medición, es importante describir la frecuencia del puntaje presentado en las diferentes conductas identificadas en dicho instrumento. Así, la figura 2 muestra la manera como se distribuyeron los puntajes obtenidos por los sujetos en la conducta de ansiedad, los cuales fueron agrupados en intervalos de -- 5. De este modo, en ésta figura se observan aquellos puntajes -- que aparecen con una menor frecuencia, siendo en este caso la que

fluctúa entre puntuaciones de 1 a 5 y de 11 a 15 que se presentaron con frecuencia de 1; mientras que el intervalo que va de 6 a 10 se presentó con frecuencia de 2. La puntuación que va de 16 a 20 es la que obtuvo una mayor frecuencia siendo ésta de 6. Por último, el intervalo que va de 21 a 25 se presentó con una frecuencia de 3. Al obtenerse la media de las puntuaciones registradas en esta conducta se observó que el promedio de los 13 sujetos fué en este caso de 16.07, abarcando este promedio las puntuaciones más altas y las que se presentaron con una mayor frecuencia, como se señaló anteriormente. En lo que respecta a la desviación estándar se observa que cada una de las puntuaciones de los 13 sujetos se desvió en promedio 6.05 de la media aritmética.

En la figura 3 se observa la frecuencia de los puntajes obtenidos en la conducta de depresión; agrupándose las puntuaciones de esta conducta en intervalos de 6. Así se muestra con frecuencia de 1 aquella puntuación que va de 6 a 11; mientras que las que fluctuaron entre 18-23, 24-29, y 42-47 se presentaron con frecuencia de 2, siendo la mayor frecuencia obtenida en la conducta de depresión de 3 en los puntajes que fluctuaron entre 30-35 y 36-41. En esta conducta se observó que el puntaje promedio de los 13 sujetos es de 31.11, encontrándose aquí las frecuencias y los puntajes más altos como se señaló anteriormente. A través de la desviación estándar se observó que cada una de las puntuaciones de los 13 sujetos se desvía en promedio 10.02 de la media aritmética.

La última conducta a describir es la evitación que es presentada en la figura 4. En esta figura se observa que las puntuaciones fueron agrupadas en intervalos de 5; mostrándose con una frecuencia de 2 aquellas puntuaciones que fluctuaron entre 6-10 y 11 a 15 cada una. El resto de las puntuaciones que van de 16 a 20 de 21 a 25 y de 26 a 30 se presentan cada una con una frecuencia de 3. La media de estos datos muestra que el puntaje promedio de los 13 sujetos es de 19.15; mientras que la desviación estándar indica que cada una de las puntuaciones de los 13 sujetos se desvía en promedio 6.83 puntos de la media aritmética.

Estableciéndose una comparación entre las figuras 2, 3, y 4 se observa que en la conducta de depresión se registraron -- los puntajes más altos (ver fig. 3); mientras que las conductas de ansiedad y evitación se obtuvieron puntajes más bajos en comparación con la depresión, presentando la conducta de ansiedad - la mayor frecuencia de 5 (ver figuras 2 y 4).

Dado que en las conclusiones se pretende evaluar y des-- tacar la importancia de implementarse este tipo de investigación con los familiares de pacientes desahuciados. Es trascendental - hacer una descripción más específica sobre cada uno de los suje- tos que conformaron la muestra. Así, en la figura 5, se observa el puntaje obtenido por cada uno de los sujetos en la conducta - de ansiedad, obtenidos a partir del promedio de los números pre- sentados en el instrumento de medición que fueron seleccionados- por los sujetos para describir su situación actual en relación - con el familiar enfermo (esto se aplicó para las 3 conductas).

Por tanto, en la figura 5 se observa que los sujetos 2,3 9 y 10 registraron el mayor puntaje en esta conducta que fué de 7, seguidos por los sujetos 5,7,8, 11 y 13 que registraron un pun- taje de 6, y el sujeto 12 que obtuvo una puntuación de 5. Siendo estas puntuaciones relevantes al ser un índice de la problemáti- ca presentada por los familiares al rechazar la posible muerte - del ser querido.

Los sujetos 1,4 y 6 mostraron los puntajes menores, re-- flejando una mínima presencia de ansiedad. Sobre todo el sujeto- 6 que registró una puntuación de 1; mientras que los sujetos 1 y 4 obtuvieron un puntaje de 3.

En la figura 6 se observa los puntajes obtenidos por los sujetos en la conducta de depresión; presentando el puntaje más- alto de 7 los sujetos 2,3 y 9. Un puntaje de 6 los sujetos 8, 11 y 13; y, un puntaje de 5 los sujetos 5,7, 10 y 12. En esta conduc- ta los sujetos 1,4 y 6 nuevamente registraron los puntajes más - bajos de 3 para los sujetos 1 y 4; y, de un punto para el sujeto 6.

Por último, en la figura 7 se presenta la conducta de --

evitación, mostrando los sujetos 2,3 y 9 nuevamente el puntaje más alto de 7. Los sujetos 10 y 11 seis puntos. Y con una puntuación de 5, se observa a los sujetos 1,5,7 y 12. El único sujeto que obtuvo en esta conducta un puntaje neutral fué el sujeto 8 con 4 puntos. Mientras que los sujetos 4, 13 y 6 alcanzaron -- en esta conducta los puntajes más bajos, tres puntos los sujetos 4 y 13, y dos puntos el sujeto 6.

Ahora bien, al establecerse una comparación entre las figuras 5,6 y 7 (corespondientes al pretest), se observa la actitud mostrada por los sujetos ante la posible muerte de un ser -- querido. Señalándose que a mayor puntaje se refleja una menor -- aceptación sobre la posible muerte de éste último.

De este modo, el sujeto 1 mostró una actitud más de evitación que de ansiedad o depresión. Los sujetos 2,3 y 9 presentaron el más alto puntaje en las tres actitudes descritas anteriormente. El sujeto 4 obtuvo en las tres actitudes puntajes bajos. El sujeto 5 presentó una mayor ansiedad y un puntaje similar en la depresión y evitación. El sujeto 6 y el sujeto 4 fueron sin duda alguna los que obtuvieron los puntajes más bajos -- en las tres actitudes. El sujeto 6 presentó una menor depresión y ansiedad, incrementando su puntaje en la evitación (sin tener ninguna relevancia dicho incremento).

El sujeto 7 presentó una mayor ansiedad a la situación; -- sin embargo, también obtuvo puntajes altos en las dos actitudes restantes. El sujeto 8 presentó un puntaje similar tanto en la -- depresión como en la ansiedad, siendo por tanto, menor su actitud de evitación. El sujeto 10 presentó una actitud más recalca -- da de ansiedad con un puntaje de 7, mientras que en la evitación obtuvo un puntaje de 6 y en la depresión de 5. El sujeto 11 mos -- tró un puntaje alto, similar en las tres actitudes (6 puntos).

El sujeto 12 se mantiene estable en el puntaje presentado en las tres actitudes. Por último el sujeto 13, presentó una -- mayor ansiedad y depresión con una puntuación de 6, seguida por -- una actitud de evitación de 3 puntos.

Las figuras descritas anteriormente corresponden al pre--

test del diseño empleado en esta investigación.

Ahora bien,, dado que los resultados confirmaron que los items que conformaron el instrumento de medición no son aleatorios, sino que son significativos. Esto es, que sí representaron las actitudes de los individuos que afrontaron la posible muerte del ser querido. Resulta importante hacer referencia a la Tabla-2, en donde se presentan aspectos sumamente importantes de cada uno de los sujetos, que serán tomados en cuenta en las conclusiones, una vez que se haga mención a la segunda parte de esta ---sección, que evalúa la Terapia Racional Emotiva a través del postest.

En la tabla 2 se presenta la edad de cada uno de los sujetos que constituyeron la muestra, el parentesco con el familiar enfermo, la edad del enfermo, la enfermedad padecida; el --tipo de información que se ha recibido al respecto, ya sea por --medio del médico o por otros medios (Libros, amistades, etc.) Por último, si se ha tenido una experiencia previa a situaciones similares.

PARTE II

Debido a que el propósito de esta parte estriba en evaluar la TRE en situaciones de afrontamiento de una muerte cercana. Es importante señalar las actitudes mostradas por cada uno -de los sujetos durante las dos sesiones; reportándose los resultados de esta parte de una forma anecdótica, ya que sólo hubo --oportunidad de aplicarse la segunda evaluación (pcstest). al sujeto 3. Exponiéndose las razones de esto a lo largo de las conclusiones.

Durante la primer sesión, todos los sujetos expresaron el deseo de estar muertos (exceptuando el sujeto 6), si se presentaba un desenlace fatal; la pérdida de interés o agrado por -actividades usuales; sentimientos de culpa excesivos e inapropiados, pérdida de peso, sin estar sometidos a dieta (cómo fué el -caso del sujeto 3). La presencia de llanto asociado fuertemente a pensamientos relativos a la pérdida. Y algunas respuestas fisiológicas tales como la profundidad de respiración y sudoración

(estas últimas principalmente en el sujeto 2).

El sujeto 6 por el contrario, fué el menos expresivo en lo que se refiere a emociones, ya que señaló durante las dos sesiones que su familiar era una persona de edad muy avanzada (ver tabla 2), lo que consideraba que era un factor de gran importancia que limitaría la recuperación del enfermo; por lo que mencionó que era mejor que se presentara un desenlace fatal y no más sufrimiento. En las figuras 5, 6 y 7 se observa que es el sujeto que obtuvo los puntajes más bajos; siendo la actitud que se presentó con una mayor puntuación la evitación.

Al finalizar la sesión número dos, cada uno de los sujetos señaló su estado de ánimo, una vez que se habían expuesto -- los principios de la TRE, así como las ideas irracionales más -- representativas para dicha investigación. Arquomentándose un bienestar en su estado de ánimo, ya que se sentían menos estresados al exponer su situación con el familiar enfermo y al intentar -- desarrollar estrategias para tener un mejor afrontamiento con la posible muerte del ser querido. Estos datos únicamente son representados de una manera gráfica por el sujeto 3.

En la figura 8, correspondiente al postest, se muestran los puntajes obtenidos por el sujeto 3 en cada una de las diferentes actitudes. Esto es, ansiedad, depresión y evitación. Así, se observa en una segunda aplicación del instrumento de evaluación un decremento en la puntuación obtenida por las conductas de depresión y evitación; manteniéndose con el mismo puntaje la conducta de ansiedad.

Ahora bien, el decremento presentado por las conductas de depresión y evitación, de alguna manera son un índice de un mejor afrontamiento por la muerte del ser querido, reflejándose por lo menos a un nivel cualitativo la efectividad de la Terapia Racional Emotiva en el apoyo psicológico proporcionado a los familiares de pacientes desahuciados.

Análisis

Debido a que uno de los intereses de este trabajo estri-

ba en analizar la importancia de prevenir e intervenir en aquellas personas que afrontan una muerte cercana, se debe enfatizar que -- la presente investigación permitió detectar las actitudes presentadas por los sujetos que enfrentan la muerte de una forma colateral. Estas, la muerte de un ser querido; así como los sentimientos -- irracionales de desesperación, desesperanza, pérdida de autoestima, autoculpa por la posible muerte, pérdida de interés para realizar planes para el futuro, apatía, irritabilidad; confirmándose de este modo, lo señalado por Wahl (1970) cómo el estado emocional que es presentado por aquellos sujetos que enfrentan una muerte cercana.

De esta manera, se refleja la necesidad de intervenir con este tipo de pacientes, al presentar estados de angustia y depresión, como argumenta Shneidman (1973) y al presentar la familia -- una gran dificultad para aceptar la muerte inminente de un familiar, como señala Kübler-Ross (1975). De este modo, la presente investigación permitió detectar una serie de patologías presentadas por los sujetos que conformaron la muestra, al verse amenazada la integridad y la identidad de la unidad familiar, corroborándose la información proporcionada por Sobel (1981).

Este autor también señala la importancia de utilizar técnicas Cognitivo Conductuales con el fin de intervenir sobre la aflicción que propicia una variedad de desórdenes psicossomáticos. Sin embargo, la presente investigación no permitió confirmar la efectividad de la Terapia Racional Emotiva implementada en el presente trabajo (en lo que respecta a un nivel cuantitativo), al ser evaluada a través del instrumento de medición, únicamente por el sujeto tres, y, de una manera anecdótica por el resto de los sujetos, en donde sí se manifestaron cambios en los sujetos, los cuales -- fueron señalados anteriormente. La razón de que aplicara el postest a un solo sujeto será abordada en las conclusiones.

No obstante, el decremento observado en la figura 8 por el sujeto tres en las conductas de depresión y evitación, ofrecen un índice de los posibles efectos positivos obtenidos en los sujetos al enseñárseles a manejar sus propias respuestas adaptativas a esa

situación crítica por la que atraviesan dichos sujetos.

En suma, esta investigación no demostró concluyentemente la efectividad de la Terapia Racional Emotiva al verse limitada su aplicación a dos sesiones, debido a las condiciones presentadas por los sujetos desahuciados. Por tanto, queda pendiente -- por ahora, la tarea de descubrir la efectividad real de la Terapia Racional Emotiva, que le permita a los sujetos manejar sus propias respuestas adaptativas a esa situación crítica vivida -- que es el enfrentamiento de la muerte de un ser querido, cómo se mencionó anteriormente.

Tabla 1

Análisis de la consistencia interna del instrumento de medición.

Número de item.	Correlación obtenida.	
1	.63	**
2	.21	*
3	.58	**
4	.10	*
5	.09	*
6	.71	**
7	.57	**
8	.79	**
9	.73	**
10	.62	**
11	.38	*
12	.77	**
13	.59	**
14	.74	**
15	.56	**
16	.63	**
17	.17	*
18	.25	*
19	.56	**
20	.22	*
Consistencia Int.	.75	**

Los asteriscos indican el nivel de significancia estadística de las correlaciones.
 ** indica significativa a nivel .05
 * quiere decir no significativo.

Nota: Se observa la correlación obtenida en cada uno de los items, que conformaron el instrumento de medición; así como la consistencia interna de todo el instrumento y su nivel de significancia.

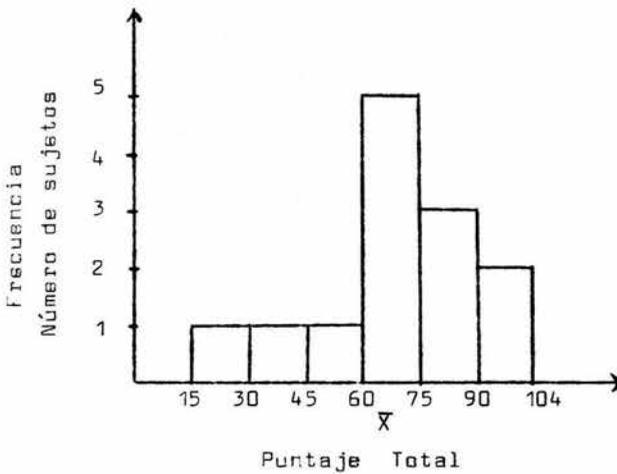


Figura 1. Se observa la distribución de frecuencia de los distintos puntajes obtenidos en el instrumento de medición correspondiente al Pretest. Indicándose la media aritmética (68.15) y, la desviación estándar que fué de 20.7

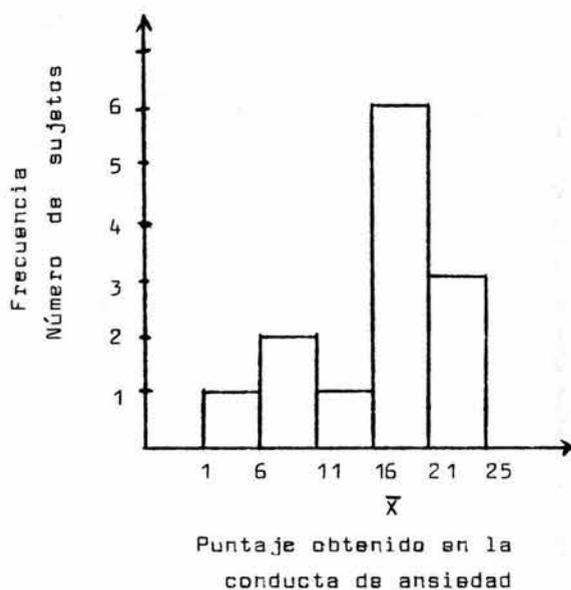


Figura 2. Se observa la distribución de frecuencia de las puntuaciones obtenidas en la conducta de ansiedad, correspondientes al - Pretest. Indicándose la media aritmética- (16.07) y, la desviación estándar que -- fué de 6.0

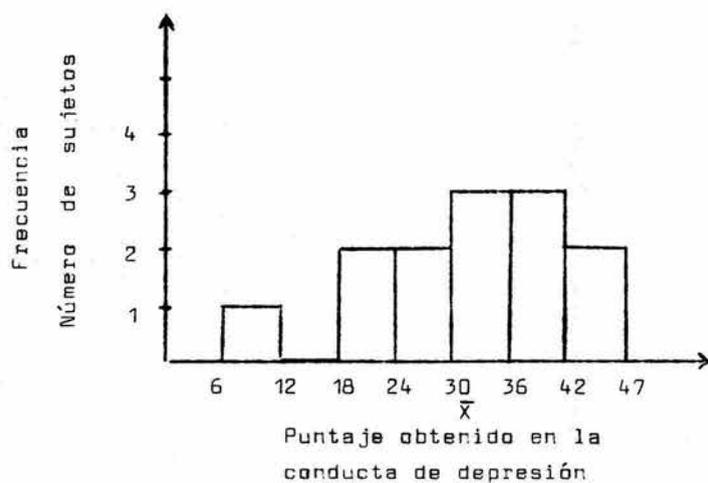


Figura 3. Se observa la distribución de frecuencia de las puntuaciones obtenidas en la conducta de depresión, correspondiente al - Pretest. Indicándose la media aritmética (31.11) y, la desviación estándar que -- fué de 10.02

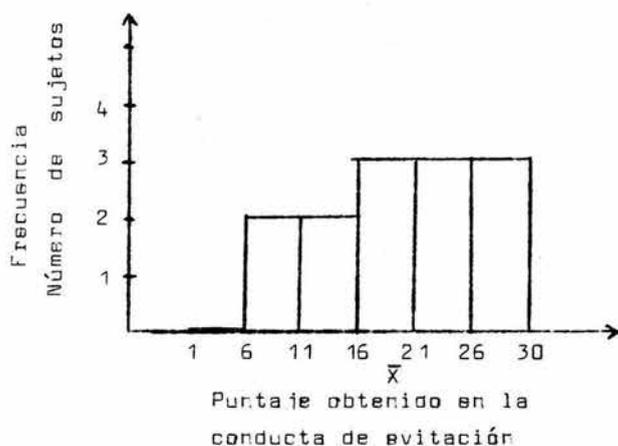


Figura 4. Se observa la distribución de frecuencia de las puntuaciones obtenidas en la conducta de evitación, correspondientes al Pretest. Indicándose la media aritmética (19.15) y, la desviación estándar que -- fué de 6.8

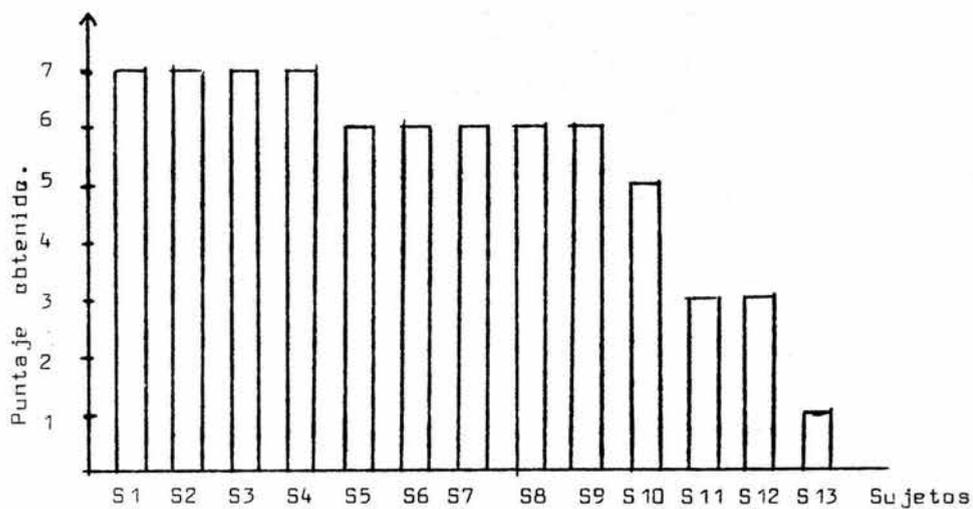


Figura 5. Puntajes presentados por cada uno de los sujetos en la conducta de Ansiedad.

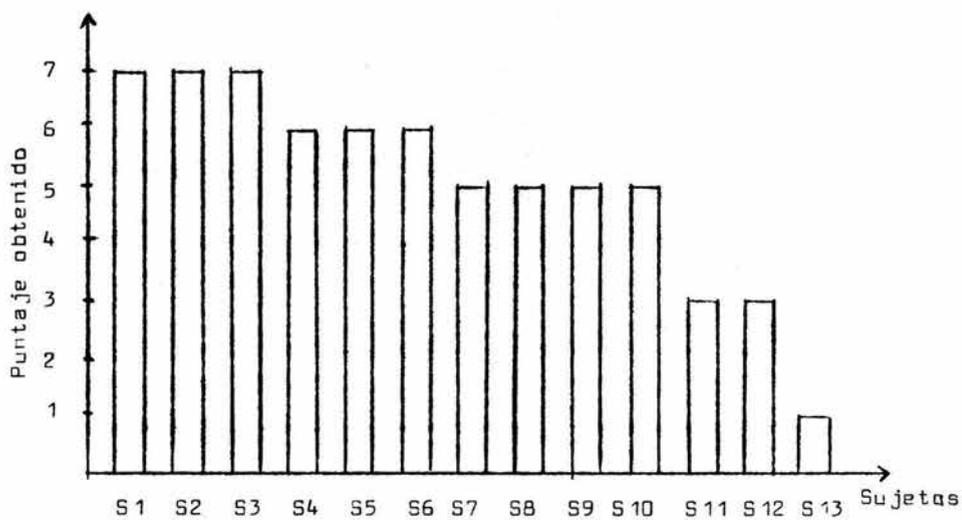


Figura 6. Puntajes presentados por cada una de los sujetos en la conducta de depresión.

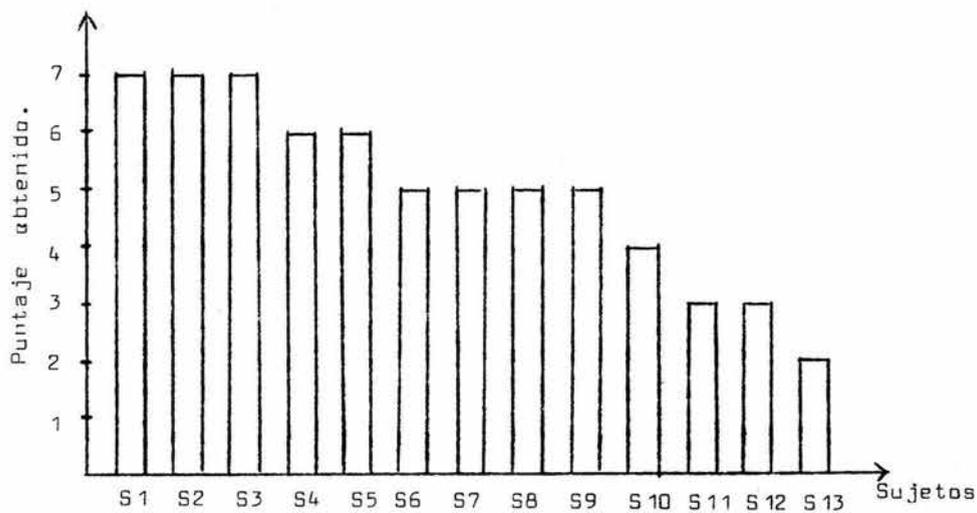


Figura 7. Puntajes presentados por cada uno de los sujetos en la conducta de Evitación.

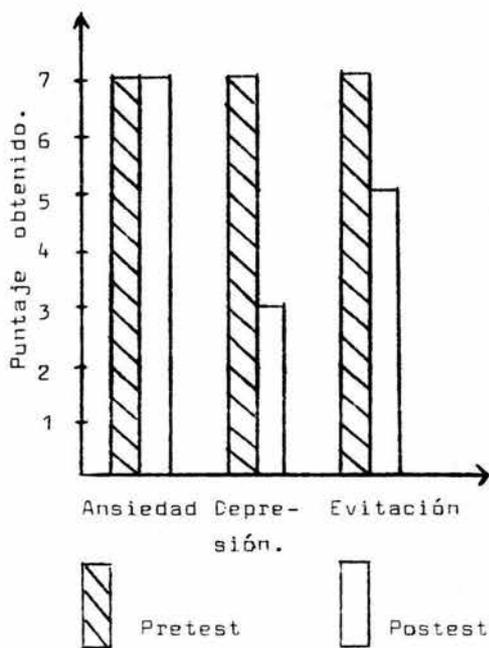


Figura 8. Puntajes obtenidas por el sujeto 3 en cada una de las conductas. Tanto en el pretest, como en el posttest; observándose un decremento - en éste último en las conductas de depresión y evitación.

Sujeto	Edad	Parentesco con el enfermo.	Edad del familiar enfermo.	Enfermedad Padecida.	
1	57	Hija	89	Insuficiencia Renal Crónica.	**
2	29	Hijo	64	Insuficiencia Cardíaca Crónica.	*
3	45	Madre	20	Insuficiencia Renal Crónica.	***
4	70	Esposa	78	Insuficiencia Renal Crónica.	**
5	25	Hija	51	Insuficiencia Renal Crónica.	* ****
6	45	Hija	89	Insuficiencia Renal Crónica.	*** ****
7	40	Hermana	45	Trombosis Cerebral.	**
8	31	Hija	58	Insuficiencia Renal Crónica.	**
9	45	Esposa	52	Insuficiencia Hepática y Cirrosis	*
10	26	Hija	55	Insuficiencia Renal Crónica.	** ***
11	17	Hija	41	Insuficiencia Renal Crónica.	*
12	32	Hija	62	Insuficiencia Cardíaca Congestiva.	***
13	44	Esposa	48	Lapalatoemia.	*

- * Desconocimiento de la enfermedad
- ** Información proporcionada por el médico sobre la enfermedad
- *** Investigación sobre la enfermedad por otros medios (libros, -- amigos, etc.)

**** Experiencia previa a una situación similar.

CAPITULO V

REFLEXIONES PERSONALES SOBRE LA IMPORTANCIA
DE BRINDAR APOYO PSICOLOGICO A LOS FAMILIA-
RES DE PACIENTES DESAHUCIADOS

CAPITULO V

REFLEXIONES PERSONALES SOBRE LA IMPORTANCIA
DE BRINDAR APOYO PSICOLOGICO A LOS FAMILIA-
RES DE PACIENTES DESAHUCIADOS.

Como se pudo apreciar en los capítulos anteriores, la muerte es un suceso que afecta en gran medida al hombre, ocasionándole la presencia de una serie de perturbaciones tales como depresión, ansiedad, enfermedades psicosomáticas, etc., no sólo al enfrentarse a su propia muerte, sino también al afrontar la muerte de un ser querido. Luego entonces, debido a la presencia de tales perturbaciones resultó importante llevar a cabo la presente investigación en la que se proporcionó apoyo psicológico a aquellas personas que enfrentaron una muerte cercana; enseñándoles una serie de habilidades que les permitieron enfrentarse a la muerte del ser querido de una manera objetiva y constructiva.

De esta manera, el objetivo del presente capítulo estriba en hacer una serie de reflexiones personales sobre los beneficios que se obtuvieron a través de este estudio pionero, ya que esta investigación puede ser el principio de mayores estudios sobre dicho tópico que le permitan a la Psicología intervenir en este campo, el cual no ha sido explorado por ésta.

Así, la pregunta es, si realmente puede apoyarse a aquellos sujetos que afrontan la muerte de un ser querido el cual se encuentra desahuciado. Antes de responder esta pregunta cabe señalar que sin duda alguna aquellos sujetos que enfrentan una muerte cercana presentan una serie de dificultades y necesidades que requieren de una atención específica. Sin embargo, el proporcionar esta atención y la manera en cómo se proporcionó ésta, no fué sencilla, ya que no debe perderse de vista por un lado, que se trata de una conducta compleja y, por otro lado, que se trabajó en un ambiente natural, en el que queda patente que el grado de control no es el mismo que el de una situación de laboratorio; pues en es-

te caso específico no existió una manipulación de la conducta -- aunque se trató de hacer un grado elevado de sistematización como se puede apreciar en el procedimiento ideado en un inicio, y que es presentado en este capítulo, el cual consistió de 9 sesiones que no fueron posible llevar a cabo, por la presencia de situaciones sobre las cuales no se tuvo control cómo fué la desertión de los sujetos al ser dados de alta sus familiares desahuciados, así como por la presencia de su propia muerte.

Ahora bien, dado que se pretende hacer una serie de reflexiones personales sobre la presente investigación, es importante hacer hincapié y, por que no subrayar la seriedad y trascendencia que tiene éste trabajo al aportar una serie de datos relevantes tales como el verificar las perturbaciones presentadas por los familiares que afrontan una muerte cercana, así como los resultados obtenidos.

En lo que respecta a los resultados se hará referencia a éstos a un nivel cualitativo, ya que cómo se observa en el análisis de los resultados no fué posible cumplir el objetivo ya que el trabajo se limitó a la aplicación de dos sesiones. No obstante, como se señaló anteriormente se puede ver el cumplimiento -- del objetivo a un nivel cualitativo. Pues de alguna manera se reflejó que la actitud de las personas era distinta a la presentada en un inicio, esto quizá por que se les dió la oportunidad de expresar su ira, sus miedos, frustraciones, etc., sobre todo por que se les hizo ver a través de la TRE que sus emociones eran -- producidas por sus procesos cognoscitivos, ya que el ser humano realiza gran parte de su conducta en forma cubierta. Así, se les explicó que cuando tenemos una emoción en general hemos respondido en forma casi inmediata al estímulo ambiental activador, pero no deja de existir una conducta cognoscitiva cubierta y subyacente a la emoción. Luego entonces, para poder modificar dichas -- emociones, se utilizó una de las alternativas propuestas por Alber Ellis (1962) que consistió en la identificación de los pensamientos irracionales; modificando así estos pensamientos perturbadores y sustituyéndolos por filosofías más sanas y adecuadas.

Por irracional se entiende cualquier pensamiento, emoción o conducta que dirige a consecuencias autoperturbadoras o autodestructivas que interfieren en forma significativa con la sobrevivencia o felicidad del organismo.

Ahora bien, haciendo una reflexión sobre la técnica terapéutica empleada que consistió en el uso de la Terapia Racional-Emotiva para un mejor afrontamiento de la muerte del ser querido se puede señalar su efectividad al minimizar un poco en los sujetos el estado de ansiedad, angustia, depresión y evitación en el que están inmersos. Proporcionando esta información de manera -- verbal cada uno de los sujetos, ya que no fué posible aplicar la segunda evaluación del instrumento de medición. Sin embargo, el sujeto 3 el cual fué el único al que se le pudo aplicar el postest, mostró un decremento tanto en la conducta de depresión como de evitación (ver fig. 8), por lo que de haberse aplicado el postest al resto de los sujetos posiblemente se hubieran observado también algunos cambios en las actitudes de los sujetos. No obstante, el hecho de haberse obtenido ligeros cambios en el S3 que fué uno de los sujetos que obtuvo mayores puntajes en las -- 3 conductas, reflejando un rechazo total por la posible muerte de su familiar, al tener éste una edad de 20 años con un padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica (ver tabla 2); nos dá un -- indicio de la efectividad de la TRE para un mejor afrontamiento de la muerte del ser querido. así como de una mayor comprensión sobre las actitudes presentadas por el enfermo desahuciado. Por tanto, se especula que de haberse realizado las 9 sesiones que -- a continuación se presentan, la investigación hubiera sido más -- completa en el sentido de hacer un estudio más preciso sobre las conductas presentadas por los sujetos que afrontan una muerte -- cercana, y la manera cómo éstas van modificándose. Haciéndose -- así un análisis más arduo sobre las técnicas terapéuticas que podrían ser empleadas en el apoyo psicológico brindado a los familiares de pacientes desahuciados. Sin embargo, este estudio pionero dará pauta a investigaciones en las que se tenga un mayor -- control.

Así, se responde a la pregunta realizada en un inicio so
bre la importancia de apoyar a los familiares de pacientes de---
sahuciados ya que es una realidad el que los sujetos que enfren-
tan una muerte cercana presentan una serie de dificultades y ne-
cesidades que requieren de una atención específica. En este caso
apoyo psicológico; pues no debe perderse de vista que la muerte-
causa un gran impacto en la unidad familiar.

Sesión No. 1Presentación

Objetivo: Que los participantes se conozcan entre sí, expresen sus expectativas sobre el taller y tengan conocimiento sobre el contenido y objetivo de éste.

Número de Participantes: Diez.

Tiempo requerido: Dos horas.

Lugar de trabajo: Salón amplio.

Material: Tarjetas, plumas, diapositivas

Desarrollo: 1.- Elaborar una serie de tarjetas con los siguientes datos:

- 1.- Nombre
- 2.- Edad
- 3.- Qué espera encontrar
- 4.- Para qué está aquí
- 5.- Qué es lo que le preocupa
- 6.- Qué puede aportar

Los participantes responderán de manera escrita cada una de las preguntas señaladas anteriormente. En los puntos 4 y 5 cada participante escribirá como mínimo tres expectativas, jerarquizándolas de acuerdo a su importancia personal; señalando además si las características de las expectativas son:

- a) Obtener la máxima satisfacción al conseguirlas.
- b) Dejar la mayoría de otras satisfacciones para conseguirlas.
- c) Sentirse disgustado al no conseguirlas.

Para la elaboración de esta tarea, se asignará un tiempo de 10 min. Transcurrido este tiempo, se procederá a la presentación de cada participante a través de la lectura de las tarjetas.

Tiempo requerido: 50 min.

Resumen de expectativas comunes realizado por el terapeuta.

Tiempo requerido: 10 min.

2.- Discusión del temario.

- Exposición sobre el contenido del taller.
- Una vez realizada la exposición, los participantes formaran equipos de 3 ó 4 personas para la discusión del temario presentado en base a las siguientes preguntas

a) ¿Qué opina del temario?

b) ¿Los temas a cubrir corresponden a sus expectativas.

c) ¿Hay algún tema sobre el cual les gustaría profundizar?

(sí no Por qué)

d) ¿Considera que algún tema deba ser eliminado del programa?

(Cuál Por qué)

e) ¿Qué tema les gustaría que se añadiera al programa?

Tiempo requerido: 25 min.

Transcurrido el tiempo, el equipo elegirá un representante que desempeñará la función de secretario, el cual expondrá las conclusiones a las que llegó el equipo.

Tiempo requerido: 10 min.

Finalmente se presentará un resumen de la discusión del temario.

Tiempo requerido: 15 min.

Sesión No. 2Discusión sobre la forma de apoyar al familiar enfermo.

Objetivo: Que los participantes discutan, conozcan y propongan diversas alternativas sobre como apoyar emocionalmente a una persona que va a morir; a partir de clarificar de una manera espontánea, ante sí misma, las actitudes que generalmente presentan ciertos obstáculos para una ayuda óptima.

Número de Participantes: Diez.
Tiempo requerido: Dos horas.
Lugar de trabajo: Salón amplio.
Material: Hojas blancas tamaño carta.
 Lápices o plumas
 Hojas de instrucciones para los participantes.

Para una mejor comprensión, el desarrollo de la dinámica se llevará a cabo en dos partes.

Desarrollo: En un inicio, se pretenderá que los participantes se ubiquen en el nivel de comunicación que ellos consideran que se encuentran en relación con el enfermo. Para esto, se solicitará al grupo dos voluntarios, a los cuales se les extraerá del salón con la finalidad de darles las instrucciones por separado.

El terapeuta señalará que uno de los participantes fungirá durante toda la primera parte como emisor (E) y, el otro voluntario como receptor (R). Una vez asignados sus papeles, se proporcionará las siguientes instrucciones para los diferentes niveles de comunicación

Primer nivel de comunicación:

E.- Comunicar un problema o experiencia a R

R.- La actitud que tomará será la de no estar interesa

do en escuchar.

Segundo nivel de comunicación:

E.- Comunicar un problema o experiencia a R.

R.- Su actitud será de escuchar aparentemente, pero -- estar preocupado por cosas personales, casi no puede atender.

Tercer nivel de comunicación:

E.- Comunicar un problema o experiencia a R.

R.- Aparentemente escucha, pero en cuanto puede y, a propósito de lo que escucha, saca otra conversación. Cada vez que "E" intente regresar a lo que él quiere comunicar, "R" volverá a sacar otra conversación: "a propósito de ..." "a mí me pasó tal cosa" o "recuerdo tal otra"

Cuarto nivel de comunicación:

E.- Comunicar un problema o experiencia a R.

R.- Atiende, mira a los ojos, trata de repetir lo mismo para ver si el emisor efectivamente ha dicho -- eso o corrige, etc. "Me pareció que dijiste esto."

Nota: El tiempo que se empleará para cada nivel de comunicación, será aproximadamente de cinco minutos; proporcionándose las instrucciones conforme se vayan presentando cada uno de los niveles.

Tiempo requerido: 20 min.

Una vez que se han representado los cuatro niveles de comunicación, se llevará a cabo un análisis en forma grupal, con la finalidad de que los participantes expresen el nivel de comunicación en el que se ubicaron y, que reflexionen sobre su forma de relacionarse con las personas que les rodean. Para esto, se responderá a preguntas como las siguientes:

-¿Cómo se sintieron cada uno de los participantes conforme se fueron presentando estos niveles?

-¿Qué piensan de la experiencia?

-¿Qué podemos obtener de provecho?

Tiempo requerido: 20 min.

En la segunda parte de la dinámica se hará una pequeña -- escenificación, con la finalidad de que los participantes perci-- ban de una manera más directa o más clara, las actitudes que to-- man para ofrecer su ayuda, ya que en muchas ocasiones dicha acti-- tud puede obstaculizar la relación con una persona.

Para el desarrollo de esta segunda parte, se seleccionará un hecho tomado de la vida real; modificando sí se desea los nombres de las personas a quienes realmente haya sucedido.

Nota.- Se proporcionarán cinco minutos, para que se pongan de -- acuerdo en la manera de representar el caso ante los demás.

Se solicitará al grupo nuevamente dos voluntarios, siendo uno de ellos el que plantee el problema (P) y, otro el que inten-- te darle ayuda (A), fungiendo el resto del grupo como observado-- res (O).

Ya que se han asignado los papeles, se repartirán a cada-- uno de los participantes las hojas de instrucciones; asegurándose el terapeuta antes de comenzar, que cada individuo ha entendido -- perfectamente sus instrucciones. Enfatizándose que los sujetos no deben comunicarse entre sí, ni mostrarse sus hojas unos a otros.

La escenificación se realizará por un tiempo aproximado -- de diez minutos. Al finalizar la representación, se hará un análi-- sis grupal del planteamiento del problema, de la efectividad de -- la ayuda prestada por (A) así como de sus actitudes; sugiriéndose algunas modificaciones de conducta en cada "personaje", para con-- siderar alguna mejoría en las reacciones de éstos.

Tiempo requerido: 40 min.

De acuerdo a las experiencias obtenidas en las dos partes anteriores de esta dinámica, se llevará a cabo una discusión so-- bre la manera apropiada de apoyar al familiar desahuciado. Hacién-- dose énfasis sobre la comunicación como una forma sumamente impor-- tante de participar en el problema.

Tiempo requerido: 25 min.

Instrucciones para los observadores

" 0 "

- 1.- Escuche atentamente la discusión.
- 2.- Anote los siguientes puntos durante la discusión de "P" y "A"
 - a) Los sentimientos no verbalizados de cada uno durante la -- discusión.
 - b) Cómo se dieron y recibieron las proposiciones de "A"
 - c) Cuáles proposiciones de "A" brindaron ayuda; cuáles no y -- por qué

Instrucciones para el participante que plantea
el problema. " P "

- 1.- Elija un problema en el que quiera recibir ayuda: debe ser al go sumamente importante.
- 2.- Se presenta durante 10 minutos, discutiendo libremente con -- "A". Hay que tratar de profundizar en las sugerencias recibidas.
- 3.- Explique detalladamente su situación, ignorando a los observadores.
- 4.- Explique al grupo cuáles opiniones le brindaron alguna ayuda y cómo se sintió.

Instrucciones para el participante que
proporciona apoyo
" A "

- 1.- Escuche el problema presentado con detenimiento.
- 2.- Responda que pasos daría usted, si estuviera en el lugar de -- "P".
- 3.- Trate de describir una experiencia similar que haya tenido -- usted o alguna persona que conozca y diga que solución se le -- dió.

Sesión No. 3Estados por los que atraviesa el
enfermo y la familia.

Objetivo: Que los participantes tengan una mayor comprensión sobre las actitudes presentadas por el enfermo terminal y por ellos mismos.

Número de Participantes: Diez.

Tiempo requerido: Dos horas.

Lugar de trabajo: Salón amplio.

Material: Hojas blancas tamaño carta.

Lápices

Esquema con que se trabaja en el análisis transaccional, formado por los elementos: estado padre (P), estado - adulto (A), estado niño (N).

Desarrollo: En un inicio, se repartirá una hoja de papel a cada participante; pidiéndoles que describan un conflicto que hayan vivido recientemente con alguna persona de la familia. Para realizar esta tarea se asignará un tiempo de diez minutos.

Una vez que todos tengan descrito un conflicto, el terapeuta explicará el esquema que se trabaja en el análisis transaccional; comentándose los siguientes elementos del P-A-N.

P.- "Estado padre" -Actitudes y comportamiento incorporados del exterior. Las personas actúan o se mueven por normas pre-establecidas. Se ocupan y preocupan por "lo que debe ser", tienen tendencia a enjuiciar a los demás.

A.- "Estado adulto" -Actitudes y acciones orientadas a conocer y partir de la realidad que les rodea, a obtener más datos, a estar mejor informados. Se ocupa de "lo que conviene" que sea, tienen tendencia a aceptar a los demás como son.

N.- "Estado niño" -Tendencia a moverse por impulsos naturales y primarios. A realizar lo primero que se les ocurre. No -

piensan ni en lo que debe ser, ni en lo que conviene, sino en lo que a ellos les gusta. Tienen tendencia a "hacer lo que quieren"

El terapeuta deberá asegurarse de que cada participante ha entendido perfectamente el esquema.

Tiempo requerido: 5 min.

Con base en este esquema P-A-N, el terapeuta pedirá que los sujetos intenten ubicar los elementos del conflicto. ¿Cuándo o en que momento actuaron como padre, adulto o niño?

Posteriormente, cada uno de los participantes expresará su conflicto a grandes rasgos, señalando además la actitud que tomó frente a éste, de acuerdo al esquema presentado.

Tiempo requerido: 20 min.

Ya que todos los participantes han descrito su conflicto de manera verbal, se realizará un análisis grupal de acuerdo a las siguientes preguntas:

- ¿Qué semejanzas encontramos en las reacciones de los demás y en las propias?
- ¿Qué diferencias?
- ¿Qué aprendizaje hemos obtenido?
- ¿Qué problemas nos preocupan más con respecto a lo que acabamos de analizar?
- ¿Qué fué lo que más nos impresionó de todo lo que hemos escuchado?
- ¿Lo relacionan con algo que les haya sucedido a otros?
- ¿Qué fué lo que sucedió?
- ¿Encuentran relación entre estas actitudes y lo que pasa en la vida?

Tiempo requerido: 25 min.

Realizando el análisis y la discusión en grupo, se explicará los posibles estados por los que atraviesa el desahuciado y la familia (negación, depresión, negociación, aceptación, etc.). Extrapolando los elementos que analizamos en el esquema anterior a dichos estados.

Tiempo requerido: 40 min.

Sesión No. 4

Análisis de la influencia que tienen
distintos factores sobre la perspectiva personal
de la muerte.

Objetivo: Que los participantes perciban de una manera más -- clara, como nuestros valores y concepciones personales -- están influenciados por nuestra propia historia a condi cionamientos sociales. Permitiéndo esto, el realizar -- un análisis sobre las posibles ideas irracionales que -- se podrían estar gestando.

Número de participantes: Diez.
Tiempo requerido: Dos horas.
Lugar de trabajo: Salón amplio.
Material: Hojas blancas tamaño carta.

Lápices
 Pizarrón, gis, borrador

Desarrollo: Primeramente, el terapeuta narrará -- la siguiente historia.

"Hay dos islas separadas por un mar lleno de tiburones. En la primera isla viven una muchacha de 22 años y su mamá. En la otra isla viven el novio de la muchacha y un amigo del novio. La única forma de pasar de una isla a la otra, es una barca a cargo de un lancharo.

El día que la muchacha quiso ir a la otra isla para casar se con su novio, fué a ver al lancharo para que la llevara. El -- lancharo le dijo que si, pero sólo lo haría si ella aceptaba tener relaciones sexuales con él. La muchacha le contó a su mamá y le preguntó qué hacía. La mamá le dijo: esta decisión te corresponde a tí, haz lo que creas conveniente.

La muchacha pagó el precio al lancharo y éste la llevó al otro lado. Al llegar la muchacha le contó todo a su novio; entonces éste le dijo: así ya no me puedo casar contigo. En ese momento se acercó el amigo del novio y le dijo; yo siempre te he queri

do mucho, me dá tristeza que te hayas quedado así, cástate conmigo"

Una vez que se le ha descrito la historia al grupo en general, el terapeuta indicará que cada participante de manera individual, deberá dar un orden jerárquico a cada personaje que aparece en la historia; esto es, el No. 1 al personaje que ustedes piensen que hizo lo correcto o hizo muy bien, y el número 5 al que actuó mal o pesimamente. Intercalando los números 2, 3, y 4 según --- crean en la actitud de los personajes.

Tiempo requerido: 5 min.

Posteriormente el equipo comparará jerarquías y tratará de llegar a una sola escala de valor para expresarla al grupo.

Tiempo requerido: 10 min.

Finalmente se hará la plenaria en grupo (cinco minutos), - con el interés de que se comparen las jerarquías de cada uno de -- los equipos, clarificándose de una manera espontánea ante sí mismo y ante los demás, la gran influencia que tienen factores tales como: el familiar, el social, etc., sobre nuestros valores y concepciones personales.

Se asignará un tiempo de 10 minutos, para discutir sobre - la experiencia vivida.

Transcurrido este tiempo, el terapeuta solicitará a los -- participantes colocarse comodamente en cualquier lugar del salón, - todos sentados; posteriormente se pedirá que cierren sus ojos y, - que traten de imaginar que sólo le queda un mes de vida al enfermo. Una vez que todos los participantes han logrado imaginar lo solici-
tado por el terapeuta, se les pedirá que abran nuevamente sus ojos y respondan a las preguntas que serán proporcionadas en una hoja - blanca.

Las preguntas son las siguientes:

- ¿Cómo viviré este tiempo sin esa persona?
- ¿Qué haré?
- ¿Qué comunicaré a los demás?
- ¿A qué personas recurriré?
- ¿Qué modificaré de lo que hacía anteriormente?
- ¿Qué inquietudes personales se presentan?

- ¿De qué manera me afecta, la ausencia de esa persona?
etc.

Para la realización de esta tarea se asignará un tiempo de 30 minutos. Utilizándose la hora restante para la expresión de cada uno de los participantes sobre la experiencia vivida y, para el uso de la Terapia Racional Emotiva en los argumentos de los sujetos.

Sesión No. 5Distintas percepciones de la muerte en
diversas culturas.

Objetivo: Que los participantes obtengan información sobre la manera en que diferentes culturas han conceptualizado y enfrentado a la muerte.

Número de Participantes: Diez.

Tiempo requerido: Dos horas.

Lugar de trabajo: Salón amplio.

Material: Hojas blancas tamaño carta.

Lápices.

Cartulina

Plumones

Diapositivas

Desarrollo: Se formarán equipos de 3 ó 4 personas, a cada equipo se le asignarán 2 ó 3 culturas diferentes, las cuales serán analizadas una por una por todos los miembros del equipo. La tarea consistirá, en enunciar los hechos más relevantes de cada cultura; por lo que cada equipo seleccionará a una persona que anote estos hechos en una hoja blanca.

Tiempo requerido: 30 min.

Una vez terminada esta tarea, se llevará a cabo la plenaria en grupo, con la finalidad de aclarar, confirmar, rectificar y completar la información; para esto se solicitará un representante de cada equipo que exprese los hechos más relevantes a los que llegaron. Sus conclusiones serán escritas en una cartulina en columnas que estarán encabezadas con el nombre correspondiente de cada cultura.

Los hechos serán acomodados y ordenados en las columnas, según las semejanzas que se observen: realizándose posteriormente un análisis de acuerdo a las siguientes preguntas:

- ¿Cómo me siento en este momento?

- ¿Qué pienso?
- ¿Cómo me siento después de lo que se ha discutido en grupo?
- ¿Qué me ha enseñado?

Tiempo requerido: 30 min.

La hora restante será empleada para el uso de diapositivas, con la finalidad de que lo analizado anteriormente sea más ilustrativo, ayudando a una mejor comprensión y profundización del tema.

Sesión No. 6Distintos tipos de muerte y las perspectivas
que se tienen en cada una de ellas.

Objetivo: Que los participantes expresen su percepción --- personal sobre los diferentes tipos de muerte a los que se pueden enfrentar; propiciando además una actitud positiva al respecto.

Número de Participantes: Diez.

Tiempo requerido: Dos horas.

Lugar de trabajo: Salón amplia.

Material: Hoja con preguntas.

Lápices.

Pizarrón, gis, borrador.

Desarrollo: El terapeuta solicitará a los participantes que respondan de manera individual a la hoja de preguntas que les serán entregadas; asignando un tiempo de 20 minutos para la realización de esta tarea.

Las preguntas que se responderán son:

- Una de las cosas que me dá miedo es
- Me gustaría vivir el último año de mi vida haciendo ...
- ¿Cuántos años quisiera vivir?
- ¿Por qué?
- ¿Cómo los distribuiría?
- Me gustaría morir de esta manera
- Me gustaría morir en el siguiente momento particular

Respondidas las preguntas, cada participante expondrá ante todo el grupo, sus respuestas; plasmando estas en el pizarrón con la finalidad de observar si sus respuestas son semejantes o no. Posteriormente el terapeuta elaborará un análisis sobre cada una de las respuestas, partiendo de este breve estudio para la -- explicación de los distintos tipos de muerte; procurando que cada uno de los participantes razone las diferentes situaciones de --

muerte a las que se pueden enfrentar.

Tiempo requerido: 80 min.

Sesión No. 7

Objetivo: Enseñarle a los participantes a relajarse ante las diferentes situaciones cotidianas o terapéuticas que les resulten estresantes.

Número de Participantes: Diez.

Tiempo requerido: Dos horas.

Lugar de trabajo: Salón amplio.

Material: Preparación de conferencia
Metrónomo

Desarrollo: Primeramente, el terapeuta explicará el síndrome de activación y su papel en los diferentes estados emocionales, la función de la relajación y su incompatibilidad con la ansiedad. Posteriormente, se harán indicaciones sobre cómo relajarse, explicando así, la relajación diferencial y la relajación profunda.

Tiempo requerido: 1 hora.

Una vez proporcionada la explicación sobre cómo relajarse, se realizarán ejercicios de relajación tanto diferencial como profunda.

Tiempo requerido: 30 min.

Finalmente, se llevará a cabo una discusión sobre las sensaciones ocurridas durante la relajación. Al término de la discusión, el terapeuta proporcionará una serie de instrucciones para la realización de algunas tareas.

Tiempo requerido: 30 min.

Sesión No. 8 y 9Introducción a los principios propuestos
a la Terapia Racional Emotiva.

Objetivo: Que los participantes conozcan y manejen los principios de la Terapia Racional Emotiva.

Número de Participantes: Diez.

Tiempo requerido: Cuatro horas.

Lugar de trabajo: Salón amplio.

Material: Preparación de la Conferencia.

Tarjetas con las 11 ideas irracionales.

Desarrollo: Como primer paso, se llevará a cabo una conferencia que cubra los siguientes puntos:

- a) Origen de nuestras emociones.
- b) Diferencia entre deseo y necesidad.
- c) Explicación del A B C
- d) Principios de la Terapia Racional Emotiva, aplicados al problema en discusión.

Tiempo requerido: 1 hora.

Nota: Dado que se pretende modificar la conducta manifestada por los participantes, al influir sobre los procesos de sus pensamientos, cabe señalar que durante la sesión número 8 se analizarán únicamente las seis primeras ideas irracionales con la finalidad de que cada uno de los sujetos puedan expresar sus emociones, las cuales son sumamente importantes. Luego entonces, durante la sesión número nueve, se analizarán -- las cinco ideas irracionales restantes.

De este modo, la dinámica de trabajo será la siguiente:

Sesión No. 8

Se repartirán por equipos tarjetas en las que se encuentren las primeras seis ideas irracionales, las cuales son:

- 1 La idea de que es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona signi

ficativa de su comunidad.

- 2 La idea de que para considerarse a uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles.
- 3 La idea de que cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad.
- 4 La idea de que es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.
- 5 La idea de que la desgracia humana se origina por causas externas y que la gente tiene poca capacidad, o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones.
- 6 La idea de que si algo es o puede ser peligroso o temible se deberá sentir terriblemente inquieto por ello, deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra.

Una vez que se han repartido las tarjetas se dividirá al grupo de 3 ó 4 personas; asignándole a cada equipo 2 ó 3 ideas. El terapeuta dará algunas instrucciones para que entiendan la idea, la identifiquen en algunos aspectos de sus vidas y la discutan sobre si es razonable o no.

Tiempo requerido: 30 min.

Al final de esta sesión, se hará una discusión general en donde se expongan las conclusiones de cada equipo.

Tiempo requerido: 30 min.

Sesión No. 9

Durante esta sesión, se analizarán las siguientes ideas irracionales:

- 1 La idea de que es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida.
- 2 La idea de que se debe depender de los demás y que se necesita a alguien más fuerte en quien confiar.
- 3 La idea de que la historia pasada de uno es un determinante -- decisivo de la conducta actual, y que algo que ocurrió alguna vez y le conmacionó debe seguir afectándole indefinidamente.

- 4 La idea de que uno deberá sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás.
- 5 La idea de que invariablemente existe una solución precisa, -- correcta y perfecta para los problemas humanos, y que si esta solución perfecta no se encuentra sobreviene la catástrofe.

El análisis de las ideas irracionales descritas anteriormente, se llevará a cabo de la misma forma que en la sesión número ocho; esto es, discusión por equipos y grupal.

Tiempo requerido: 2 horas.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Como se pudo apreciar a lo largo del trabajo, no existe una herencia cultural o educación específica que nos prepare para comprender el lugar que ocupa la muerte en nuestras vidas y pensamientos, al parecer este fenómeno es visto como algo externo o -- muy lejano en nuestras mentes. Por tanto, la muerte es un suceso que propicia un enorme sufrimiento tanto para quien lo vive en -- primera persona (desahuciado) como para quien lo vive de una mane -- ra colateral; esto es, la muerte de un ser querido. De ahí que -- dicho suceso sea tratado por la sociedad como algo obscuro y por -- noográfico (Gcrrer, G. 1965).

→ Luego entonces, ante la presencia de ese sufrimiento, no es fácil que el ser humano acepte la muerte como parte integral de la existencia humana (como se señaló en la Introducción), gene -- rando así toda una serie de sentimientos negativos que podrían -- conducir al hombre a un desenlace fatal, cómo sería el suicidio.

Ahora bien, ante la presencia de esos sentimientos negati -- vos, algunos autores han generado interés por investigar el por -- qué la presencia de dichos sentimientos y la manera en que se po -- drían extinguir o dirimir éstos, a través de algunas técnicas -- terapéuticas. Sin embargo, a pesar de este interés, es importan -- te enfatizar que no se ha realizado una investigación profunda -- sobre dicho tópico; de ahí que haya surgido un interés particular por crear un estudio que abordó únicamente la importancia de pre -- venir e intervenir en los efectos psicológicos presentados por -- los familiares de pacientes desahuciados, sin restarle por esto -- en ningún momento importancia a los efectos presentados por aque -- llas personas que afrontan su propia muerte.

Sobre este punto Hinton (1974), Marcovitz (1970), Wahl -- (1970), Shneidman (1973), Kübler-Ross (1975), Sobel (1981), Eps -- tein (1975), Wolfenstein (1957) y Parkes (1972), están de acuerdo

en la presencia de emociones negativas en aquellas personas que enfrentan una muerte cercana; propiciando dichas emociones un -- cambio en la conducta de estas personas. Así, señalan la presencia de apatía en aquellos sujetos que inhiben sus esfuerzos, sentimientos de culpa, reacciones patológicas de depresión, angustia, tristeza, incesante actividad mal controlada. Esto es, que se inicien trabajos sin terminarlos, embezando una nueva; falta de apetito, insomnio, reflexiones obsesivas, síntomas corporales de fatiga, pérdida de peso: presencia de enfermedades psicósomáticas, problemas cardiovasculares, autocastigo, suicidio, etc.

Algunos de los datos proporcionados por estos autores -- fueron corroborados en la presente investigación a través del -- diseño empleado que consistió en un pretest, postest. Así en el pretest se detectaron aquellas conductas presentadas por los sujetos que conformaron la muestra, tales como: ansiedad, depresión y evitación; sondeándose además algunas características particulares e importantes de los sujetos tales como: pérdida de -- peso, insomnio, sentimientos de culpa, sudoración, llanto excesivo y la presencia de desmayo como una forma de evitación. Dichas conductas se presentan en el pretest con puntuaciones altas, que fueron muy importantes, al ser éstas un índice de la presencia -- de una gran ansiedad, depresión, etc., presentándose en casi todos los sujetos que conformaron la muestra a excepción de dos de ellos.

Ante la presencia de esas emociones negativas que propician en los familiares una serie de problemas conductuales o -- reacciones patológicas al enfrentarse al conflicto y al stress; Jackson (1959), Lieberman (1976), Cohen y Wellisch (1978), Weisman (1972), Bowen (1976) y Laqueur (1976) señalan la importancia de brindar apoyo a los familiares, con el fin de ayudarles a resolver sus dificultades al negociar con la enfermedad terminal -- presentada por algún ser querido. Explicando Jackson que los -- problemas conductuales o reacciones patológicas presentadas por los familiares, son debido a que la unidad familiar desarrolla --

un sistema de reforzamiento que originan y mantienen ciertas conductas en cada uno de sus miembros, por lo que al presentarse un cambio en esta unidad, como es la posible muerte de alguno de sus integrantes; esos patrones de interacción se ven interrumpidos propiciando que el sistema familiar entre a un estado de desequilibrio, al encontrarse los familiares fuera de un repertorio adecuado de respuestas. Dicho de otra manera, lo que se puede apreciar es una pérdida de reforzamiento, ya que no debe pasarse por alto que un amplio rango de conductas desde el más trivial (ver un programa de T.V.), hasta el más importante, adquieren un gran significado a través de la interacción diaria con otras personas. Por lo que ante la muerte de una persona, muchas respuestas dejan de ser reforzadas, presentándose lo que conoceremos como extinción, que es un proceso doloroso y frustrante.

La información proporcionada por Jackson, nuevamente pudo ser corroborada a través del pretest así como por las conductas manifestadas de algunos sujetos durante las sesiones tales como: llanto, angustia, sudoración, expresión de sentimientos -- de culpa, falta de interés por el medio ambiente al presentarse un desenlace fatal. Demostrando todas estas actitudes, el fuerte impacto propiciado por la muerte en la unidad familiar, de ahí la necesidad de brindar apoyo psicológico a los familiares -- de pacientes desahuciados como fué señalado anteriormente por diferentes autores.

Luego entonces, cabe señalar la importancia de profundizar en este tipo de investigación, con el fin de proponerse una alternativa de trabajo. De ahí que el presente trabajo sea un estudio pionero, el cual se ha aventurado dentro de áreas que no han sido exploradas previamente de una manera sistemática, pues como pudo apreciarse en el Capítulo tres, no se ha hecho una investigación profunda y sistemática que permita tener precedentes que puedan ser usados como guías para reproducir o crear una nueva investigación sobre este tópico. Por tanto, ante la falta -- de información, se ideó un procedimiento que tenía como finali--

dad superar los sentimientos de ansiedad, depresión, evitación, desesperación, hostilidad, compasión de sí mismo, disfunción de conductas concomitantes a través de la detección de pensamientos irracionales que son los causantes en su mayor parte de las perturbaciones ya señaladas. Dicho procedimiento consistió en un inicio de 9 sesiones, las cuales no pudieron llevarse a cabo debido a las características presentadas por los sujetos que conformaron la muestra. Ya que por un lado, el índice de mortalidad era alto, por lo que una vez que los pacientes fallecían se tenía deserción de los familiares, al tener que hacer éstos los arreglos necesarios para el difunto. Otra causa de la deserción fué que una vez que daban de alta a los desahuciados nuevamente se perdía contacto con los familiares de los pacientes enfermos. De este modo, al contar siempre con una población totalmente nueva, hubo necesidad de llevar a cabo la investigación a través de dos sesiones. No obstante, en el capítulo cinco, se presenta toda la programación que se tenía planeada en un inicio, haciéndose una serie de reflexiones al respecto.

Ahora bien, a través de la implementación de la Terapia Racional Emotiva en las dos sesiones, no fué posible corroborar la información proporcionada por Albert Ellis (1962), Turk y Rennert (1980), los cuales señalan la efectividad de esta terapia en las perturbaciones presentadas por los familiares de pacientes desahuciados, al enseñarles dicha terapia a sentirse --beneficentemente cautelosos, vigilantes, interesados acerca de la enfermedad y la muerte (de sí mismos y de otros) pero no de una manera distorsionada; esto es, excesivamente interesados, ansiosos, asustados, sino a sentirse afligidos, irritados acerca del dolor y sufrimiento, fuera de añadir a estos sentimientos un --gratuito exceso con reacciones de autodaño, terror, depresión y desesperación. Ya que la finalidad de la Terapia Racional Emotiva es educar al familiar del paciente desahuciado a facilitar su autocontrol guiándolos a un conocimiento de su propia instrumentalidad. Esta es, la "potencia de enfrentamiento" para --

encarar la muerte.

La razón de no haberse podido corroborar esta información fué debido a que únicamente se llevaron a cabo dos sesiones experimentales, como se mencionó anteriormente; además de que sólo -- fué posible aplicar el postest a un solo sujeto, ya que no hubo - oportunidad de ver nuevamente al resto de los sujetos que conformaron la muestra.

Luego entonces, a modo de conclusión se señala que no fué posible confirmar la relación existente entre la variable independiente (VI), que consistió en el uso de la Terapia Racional Emotiva en aquellos sujetos que enfrentaron la muerte de manera colateral; esto es, la muerte de un ser querido; y la variable dependiente (VD) que fué definida como las actitudes manifestadas por cada uno de los sujetos hacia la posible muerte de un familiar.

No obstante, el hecho de haber registrado el sujeto 3 un decremento en la conducta de depresión y evitación nos dá un índice de su efectividad para dirimir este tipo de conductas en estos pacientes. Sin embargo, esto podría corroborarse si la investigación es reproducida, tomándose en cuenta los factores que pudieron haber influido en esta investigación como los que aparecen en la tabla-2, tales como la edad del enfermo, la edad del familiar que afronta la muerte, el parentesco con el enfermo y, el hecho de haberse enfrentado a situaciones similares anteriormente.

Por tanto, dado que el objetivo del presente trabajo consistió en enseñar a los sujetos una serie de habilidades que les permitiera afrontar con efectividad la muerte cercana de un ser querido, ayudándolos a mantener un equilibrio emocional e interpersonal; extinguiendo así las respuestas desadaptadas manifestadas por los familiares cargadas de enorme angustia, dolor, depresión, etc., ayudándolos a expresar sus sentimientos de una manera apropiada; es importante señalar que dicho objetivo no pudo ser cumplido de una manera adecuada (como se tenía pensado en un inicio), debido a las limitaciones encontradas y que fueron ya señaladas anteriormente. Por tanto, queda pendiente por ahora la tarea de descubrir la efectividad real de la TRE con la finalidad -

de que le permita a los sujetos manejar sus propias respuestas - adaptativas a esa situación crítica vivida que es el enfrenta--- miento de la muerte de un ser querido.

- 3 casi no describe mi situación.
2 no describe mi situación lo suficiente.
1 no describe nada mi situación.

- ___ 1.- Evito preguntarle al médico sobre el estado del enfermo
- ___ 2.- No me pone nervioso lo que el médico pueda decirme, --
acerca de la enfermedad del ser querido.
- ___ 3.- Me resisto a creer que el médico dice la verdad, cuando
me habla sobre la enfermedad del familiar.
- ___ 4.- Me preocupo demasiado, cuando imagino que la enfermedad
puede complicarse.
- ___ 5.- Evito hablar sobre la gravedad de la enfermedad, con el
resto de los familiares cercanos.
- ___ 6.- Constantemente presento llanto, al recordar la estancia
del enfermo en el hospital.
- ___ 7.- Siento demasiado temor al pensar que el estado en el --
que se encuentra el enfermo pueda prolongarse por un --
largo tiempo.
- ___ 8.- Siento que soy un inútil por creer que no puedo ayudar-
al enfermo.
- ___ 9.- La mayoría de las veces no puedo dormir al pensar en el
estado del enfermo.
- ___ 10.- Constantemente pienso que no tengo ningún derecho a di-
vertirme, mientras el enfermo permanezca en el hospital
- ___ 11.- Siento una gran angustia al no saber que platicar o de-
que manera comunicarme con el enfermo.
- ___ 12.- No puedo concentrarme por pensar únicamente en la enfer-
medad del ser querido.
- ___ 13.- Siento que mi vida no tiene ningún sentido, al pensar -
que el enfermo pueda agravarse.
- ___ 14.- La mayoría de las veces siento que soy un malvado por -
aceptar que puede presentarse un desenlace fatal.
- ___ 15.- Enterarme del día que el enfermo va a salir del hospi-
tal, me tranquilizaría mucho.

- ___ 16.- Cuando el enfermo me hace alguna pregunta sobre su enfermedad, siento que tengo que cambiar la conversación o mentirle.
- ___ 17.- Preferiría que los médicos hablaran al enfermo sobre su gravedad.
- ___ 18.- Constantemente pierdo el apetito, al pensar en la estancia del enfermo en el hospital.
- ___ 19.- Constantemente siento una gran culpa, por no haber llevado una buena relación con el enfermo.
- ___ 20.- Me sentiría mejor si el ser querido nunca hubiera enfermado.

Referencias bibliográficas

- Alexo, V. Agonía del Tránsito de la Muerte (1565). CAP IV (Nueva Biblioteca de Autores Españoles Escritores Místicos Españoles) Vol. I, Madrid, 1911. p 122
- Audrey, G. "The Psychological Wisdom of the Law", from Jewish - Reflections on Death. Ed. Jack Riemer Copyright, 1974 by Schocken Books, Inc.
- Averill, J. The Functions of Grief In C. Izard (Ed) Emotions -- in personality and Psychopathology. New York: --- Plenum 1979.
- Averill, J. A constructivist view of emotion. In R Plutchik and H. Kellerman (Eds) Theories of Emotion. New York: Academic Press, 1980
- Ballesteros, F. y Carroble I. Evaluación Conductual. Metodología y Aplicaciones. Ediciones Pirámide, S.A. Madrid 1981
- Becker, E. El Eclipse de la Muerte. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1977.
- Becker, E. La Lucha contra el Mal. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1977.
- Binger, C., Ablin, A., Feverstein, R., Kushner, J., Zager, S., - and Mikkelsen, C. Childhood leukemia: Emotional impact on patient and family. The New England Journal of Medicine, 1969.

- Bowen, M. Family reaction to death. In P.J. Guerin (Ed) Family - Therapy: Theory and practice, New York: Gardner Press, 1976.
- Bowlby, J. Attachment and loss, Vol 3. Loss: Sadness and depression. New York, Basic Books, 1980
- Brianes, G. Métodos y Técnicas de Investigación para las Ciencias Sociales. Ed. Trillas, 1982.
- Bruce, Long. "The Death That Ends Death in Hinduism and Buddhism" Death. Prentice--Hall, INC Englewood Cliffs, New -- Jersey, 1975.
- Bugen, L. Human grief: A model for prediction and intervention. American Journal of Orthopsychiatry, 1977, 47. Pp.196 206
- Clayton, P. The sequelae and nonsequelae of conjugal bereavement American Journal of Psychiatry, 1979, 136. Pp 1530-- 1534.
- Cohen, M. and Wellisch, D. Living in limbo: Psychosocial inter-- vention in families with a cancer patient. American - Journal of Psychotherapy, 1978, 32, Pp. 561-571.
- Crehan, J. "Near Eastern Societies" La vida después de la Muerte Ed. Edhasa, 1979.
- Chavero, A. Historia Antigua y de la Conquista. México a través de los Siglos. Tomo I. México; Ed. Cumbre 15a Ed. -- 1979.
- Ellis, A. Reason and emotion in pshychotherapy. Secaucus, N.J. -- Lyle Stuart and Citadel Press, 1962.

- Ellis, A. Razón y Emoción en Psicoterapia. Biblioteca de Psicología, Ed. Descleé de Brouwer. S.A. 1980
- Engel, G. Is grief a disease? Psychosomatic Medicine. 1961, 23. Pp. 18-22.
- Epstein, G. Research on bereavement: A selective and critical -- review. Comprehensive Psychiatry. 1975, 16. Pp.537-546
- Ferrater, M. Being and Death. University of California Press -- Berkeley and Los Angeles, 1965.
- Fredrick, J. Grief as a disease process. Omega, 1976-77, 7 Pp. - 297-305.
- Freud, S. Reflections upon War and Death. In P. Rieff (Ed) Character and Culture. New York, Collier. 1959, 1963.
- Freud, S. Totem y Tabú. En Obras Completas. Madrid. En Biblioteca Nueva, 1972
- Gatch, M. Death: Meaning and Morality in Christian Thought and -- Contemporary Culture. 1969. Seabury Press.
- Gorer, G. From Death Grief and Mourning. Doubleday & Company, -- Inc. 1965.
- Guzmán, L. Desarrollo Personal Integración Comunitaria. Guía de Ejercicios y Dinámicas. Ediciones "Contraste", México 1977
- Hamburg, D. Hamburg, B. and Barchas, J. Anger and depression in perspective of behavioral biology. In L. Levi (Ed) --- Emotions: Their parameters and measurement. New York: Raven Press, 1975.

- Haynes, R. "Some Christian Imagery". La vida después de la Muerte. Edhasa, 1977. ---
- Hertz, R. Death and the right hand. New York: The Free Press, - 1960.
- Hinton, J. Experiencias sobre el Morir. Ed. Ariel, Barcelona -- 1974.
- Jackson, D. Family interaction, family homeostasis, and some -- implications for conjoint family psychotherapy. In J. Masserman (Ed), Individual and family dynamics. New - York: Grune and Stratton, 1959.
- Kastenbaum, R. and Aisenberg, R. The Psychology of Death. Sprin- ger Publishing Company. New York, 1976.
- Kübler-Ross, E. On Death and Dying. Macmillan Publishing Co., - Inc. Collier Macmillan Publishers. London, 1969.
- Kübler-Ross, E. Death. The Final Stage of Growth. Prentice-Hall Inc. Englewood Cliffs, New Jersey, 1975.
- Laqueur, H. Multiple family therapy. In P.J. Guerin (Ed), Fami- ly Therapy: Theory and practice. New York: Gardner -- Press, 1976.
- León Portilla, M. La Filosofía Náhuatl. México: U.N.A.M. 1979.
- Lieberman, R. Behavioral Approaches to Family and Couple Thera- py. In G.D. Erickson and T.P. Hogan (Eds), Family -- Therapy: "An Introduction to theory and technique" -- New York. Jason Aronson, 1976.

- Lindemann, E. Symptomatology and management of acute grief. American Journal of Psychiatry. 1944, 101, Pp. 141-148
- López Austin, A. Cuerpo Humano e Ideología. México: U.N.A.M. 1984
Tomo I.
- Marcovitz, E. Man in Search of meaning hallucinogenic agents ---
Bull Philadelphia Assoc for Pennsylvania. 1970, 20
Pp. 171-195
- Mechanic, D. Illness behavior, social adaptation, and the management of illness. Journal of Nervous and Mental Diseases, 1977, 165, Pp. 79-87.
- Meyer, E. Angustia y Conciliación de la Muerte en nuestro tiempo
Biblioteca de Psicología. Ed. Herder, Barcelona 1985.
- Murray, E. and Jacobson, L. Cognition and learning in traditional and behavioral psychotherapy. In S.L., Garfield and A.E. Bergin (Eds), Handbook of psychotherapy -- and behavior change (2nd ed), New York: Wiley, 1978
- Nuria, C. Manual para la Construcción de Tests objetivos de rendimiento. Ed. Paidós Buenos Aires 1968.
- Parkes, C. Murray Bereavement. New York: International Universities Press, 1972
- Ramsay, R. A case study in bereavement therapy. In H.J. Eysenck - (Ed) Case studies in behavior therapy. London: Routledge and Kegan Paul, 1976.

- Ramsay, R. Bereavement: A behavioral treatment of pathological grief. In PD Sjöden, S. Bates, and W.S. Dockins --- (Eds) Trens in behavior therapy New York: Academic - Press, 1979.
- Raphael, B. Preventive intervention with the recently bereaved. Archives of General Psychiatry, 1977, 34. Pp. 1450-1454.
- Ratzinger, J. Escatología. "La muerte y la vida eterna". Barcelona, Ed. Herder, 1984.
- Rawlings, M. Más allá de las Puertas de la Muerte. Libra. - 1982.
- Rensis, L. Una técnica para la medición de actitudes. "A techniq- que for the Measurement of Psychology". No. 140, --- 1932, P. 150.
- Sahagún, B. Historia General de las cosas de la Nueva España - México; Ed. Porrúa. CPE Sepan Cuantos ... 1979.
- Shneidman, S. Deaths of Man. Penguin Book Inc. Baltimore Mary-- land, 1973.
- Shneidman, S. Death: Current Perspectives. Ed Mayfield Publis-- hing Company, 1976.
- Sobel, J. Behavior Therapy in Terminal Care. A Humanistic --- Approach Ballinger Publishing Company. Cambridge, --- Massachusetts, 1981.
- Taynbee, A. Fram Man's Concern with Death. Ed. Mc. Graw-Hill -- and Hoader and Staughton Ltd. "Various Ways in Wich - Human Beings Have Sought to Reconcile Themselves to - the Fact of Death". 1968.

- Toynbee, A. y Koestler, A. La Vida después de la Muerte. Ed. - Edhasa, 1977.
- Turk, D. Cognitive Behavioral Approach to Pain Management. Paper presented at the 2nd annual meeting of the American Pain Society, New York, September, 1980.
- Turk, D. Cognitive behavioral techniques for the control of pain. A skills training manual JSAS Selected Documents in Psychology, 1980. 10, 17.
- Wahl, C. The differential diagnosis of normal and neurotic grief following bereavement. Psychosomatics, 1970, 11, Pp. 104-106.
- Wainerman, C. Escalas de Medición en Ciencias Sociales. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, 1976.
- Weisman, A. On Dying and denying. New York: Behavioral Publications, 1972.
- Westheim, P. La Calavera. Ed. Fondo de Cultura Económica, 1983
- Wolfenstein, M. Disaster: A Psychological Essay. New York: Free Press, Macmillan, 1957.
- Zachary, I. Heller "The Jewish View of Death: Guidelines for Dying" Death. Prentice Hall, INC, Englewood Cliffs, - New Jersey, 1975.
- Zilboorg, G. "Fear of Death" Psychoanalytic Quarterly. New York 1943.