

139789



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

I Z T A C A L A

**INTERVENCION PSICOLOGICA
EN FAMILIARES DE PACIENTES DESAHUCIADOS**



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

ROSAURA POSADAS ALVA

DIRECTOR DE TESIS:

LIC. JOSE DE JESUS VARGAS FLORES

LOS REYES IZTACALA

1990





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.

Agradezco especialmente al profesor JOSE DE JESUS VARGAS FLORES por haber contribuido a la realización del presente trabajo a través de su acertada asesoría.

También agradezco los valiosos comentarios y aportaciones del profesor ARTURO JALIFE ALVAREZ, así como del profesor FERNANDO QUINTANAR OLGUIN. En la elaboración de esta tesina.

PON:

La realización de este trabajo
es una de las cosas que yo sé,
te habrían gustado compartir
físicamente conmigo.

No obstante, fuiste inspiración
del mismo en todo momento.

A tí, en dondequiera que estés.

Con amor y agradecimiento,
a mi Madre y a mis hermanos.

A Santiago, un compañero
auténtico. Y, principalmente
a ustedes hijas:
Selden y Ameyalli,
el motivo de mis días.

Con profundo respeto por quienes
han dejado esta vida. Y con más
admiración por quienes les
sobreviven.

* INDICE *

IZT.

INTRODUCCION	1
CAPITULO 1 ASPECTOS BIOLOGICOS, PSICOLOGICOS Y SOCIALES EN RELACION CON LA MUERTE...	8
1.1 La muerte vista desde los enfoques médico y biológico.....	11
1.2 El enfoque social de la muerte.	14
1.3 Implicaciones psicológicas en torno a la muerte.	20
1.3.1 Actitudes hacia la muerte.	27
CAPITULO 2 EFECTOS PSICOLOGICOS EN LOS FAMILIARES DE UN PACIENTE DESAHUCIADO.	35
2.1. Efectos Psicológicos ante la pérdida perinatal.	51
CAPITULO 3 APROXIMACIONES PSICOLOGICAS ANTE EL SUCESO DE LA MUERTE.	59
3.1 La aproximación Cognitivo-Conductual a la problemática de la muerte.	61
CAPITULO 4 LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.	71
4.1 Concepto de Emoción y su importancia en el uso de la Terapia Racional Emotiva.	76
4.2 Aplicaciones de la Terapia Racional Emotiva.	91
4.3 La terapia Racional Emotiva y su contribución a la Psicología de la muerte.	94

CAPITULO 5	PROPUESTA DE TRATAMIENTO A FAMILIARES DE PACIENTES DESAHUCIADOS.	103
CONCLUSIONES.	116
BIBLIOGRAFIA.	121

INTRODUCCION

La muerte es uno de los hechos naturales que no se aceptan. Su realidad -natural e inevitable- despierta en el ser humano los sentimientos y emociones más diversos, entre ellos se pueden mencionar: rabia, dolor, miedo, tristeza, envidia, inseguridad, resentimiento, angustia, abandono, dependencia, etcétera. Por mencionar sólo algunos.

Las actitudes que ante la muerte se presentan, son variadas, de acuerdo a la etapa de la vida que se esté cursando cuando la muerte se hace inminente; así, el infante menor de tres años no tendrá un concepto claro de ella, mientras que el adolescente la desafía, y rara vez piensa en ella, la busca continuamente debido a que no le teme y a creer que éste no es "momento" para morir. No así para el adulto, quien al verse frente a ella se percibe frustrado por la incapacidad de ver realizados sus sueños e ilusiones. Por su parte el anciano, al sentirse dentro de una sociedad con valores diferentes a los suyos, preferirá muchas veces su llegada.

- Con respecto a la muerte de los seres que amamos, los sentimientos y efectos no se hacen esperar; así, desde que es recibido el diagnóstico del padecimiento de alguna enfermedad terminal, los familiares junto con el paciente atraviesan por un síndrome de desastre, un estado de inutilidad, depresión, y pesadez emocional, entre otros, y con respecto a los sentimientos, también son diversos, entre los que podrían mostrarse: de culpabilidad, castigo, autocompasión, o ira. Aunque se pueden dar casos de ambivalencia en su aparición.

Además, la familia del enfermo terminal sufre modificaciones, las acciones se centrarán en él, las jerarquías cambiarán, y el sistema conyugal perderá importancia frente al parental. Es frecuente que debido a la tensión que vive la familia, aparezcan conductas disfuncionales, así como, perturbaciones emocionales que den lugar a coaliciones.

Hay un tipo de pérdida que también merece atención, ésta es la pérdida perinatal. Existen evidencias que hombres y mujeres que la han experimentado, también muestran sentimientos y trastornos similares a los que presentan personas

que pierden seres amados en diferentes etapas de la vida. Por tal motivo se hace necesaria la intervención psicológica de quienes experimentan ésta o cualquier otra pérdida en la familia.

Es importante mencionar que no todas las personas muestran perturbaciones emocionales por la proximidad de su muerte, ni por la de seres queridos, debido al grado de aceptación y a la capacidad de afrontamiento, que puede ser mayor al de la generalidad. No obstante, una gran mayoría de personas ignora que posee la capacidad de no trastornarse. Y es precisamente a esa gran mayoría que se refiere el presente trabajo; a quienes muestran trastornos de importancia debido a la próxima muerte de un ser querido.

Con respecto a la muerte, dentro de la Psicología existen diferentes aproximaciones que nos permiten definirla y tratarla. En este caso será retomada la Cognitivo-Conductual, debido a que proporciona elementos para tratar la problemática de la muerte y su enfrentamiento. Ello suponiendo que el hombre es capaz de pensar y razonar sus experiencias pasadas y presentes de la vida

De ésta corriente se deriva una terapia que es también filosofía, propia para ayudar de manera concreta a superar los trastornos que aquejan a los familiares de enfermos terminales mediante la transformación de pensamientos e ideas que se manifiestan con referencia a la muerte. Ella es la Terapia Racional Emotiva.

La Terapia Racional Emotiva basa su teoría en la firme convicción del hombre como ser autoestimulativo, capaz de transformar su conducta a través de la transformación de sus pensamientos. Esto es, supone que el hombre posee la capacidad de sobreponerse ante cualquier tragedia.

La Terapia Racional Emotiva sostiene que la mayoría de trastornos y perturbaciones emocionales que manifiesta el ser humano, puede encontrar su origen en demandas absolutas de casi todo, incluyendo la vida misma; bajo los comandos: DEBERIA, TENGO QUE..., ó TIENE QUE...

La Terapia Racional Emotiva mediante una teoría -del A, B, C,- intenta explicar la lógica en la ocurrencia de los trastornos emocionales. Así:

A = Acontecimiento Activante

B = Creencias respecto a A, y;

C = Consecuencias.

Por eso al intervenir, la terapia se centra en la transformación de las creencias (B) respecto a los acontecimientos (A).

Específicamente hablando de muerte, y con base en los fundamentos de la Terapia Racional Emotiva, se propone el enfrentamiento de la proximidad de la muerte -propia o de algún ser querido-. Para lograrlo, el presente trabajo parte de fundamentos teóricos que proporcionan elementos de análisis que a su vez dan lugar a la elaboración de una propuesta para afrontar la muerte. Para ello se desarrollan los siguientes tópicos:

Primero se ubica al hombre como ser bio-psico-social, así como su muerte dentro de las tres instancias mencionadas. Se presentan además las implicaciones tanto sociales como psicológicas que la muerte ocasiona, y las actitudes que ante ella se muestran en las diferentes etapas de la vida. Este capítulo nos ofrece elementos para comprender la muerte social y biológica así como la percepción que generalmente se tiene del evento "muerte".

En el capítulo dos, se ahonda sobre los efectos que presentan los familiares de enfermos

próximos a morir, e incluso se mencionan los efectos psicológicos que produce la muerte de seres queridos en el periodo perinatal.

El capítulo tres menciona los principios teóricos de la teoría Cognitivo-Conductual, así como su aportación a la problemática de la muerte; además se evidencia el uso de la Terapia Racional Emotiva en el tratamiento de diversas perturbaciones emocionales.

El capítulo cuatro versa sobre los conceptos, usos, y aplicaciones de la Terapia Racional Emotiva. Se destaca su contribución al cambio de actitudes y creencias que con respecto a la muerte se tienen; ello mediante un enfoque teórico, terapéutico, y principalmente filosófico.

En el último capítulo -cinco-, se ofrece una propuesta de tratamiento a las personas que muestran perturbaciones ocasionadas por la proximidad de la muerte de algún ser querido. Dicha propuesta emerge de la revisión de material bibliohemerográfico, mismo que dá lugar a la conformación del tratamiento por medio de siete pasos fundamentales en la transformación tanto individual, como familiar de las creencias irracionales con respecto a la muerte.

Ellos son:

- 1.- Promover una intercomunicación "diferente" en los miembros de la familia.
- 2.- Detectar las ideas o creencias irracionales del grupo familiar con respecto a la inminencia de la muerte de alguno de sus miembros.
- 3.- Distinguir entre creencias racionales e irracionales.
- 4.- Cuestionar las creencias irracionales.
- 5.- Elegir la manifestación de sentimientos propios.
- 6.- Señalar las desventajas de las perturbaciones emocionales. Y:
- 7.- Empezar una filosofía sin perturbaciones.

1 ASPECTOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES EN RELACION CON LA MUERTE.

Nacimiento y muerte, aunque los dos son procesos naturales, existe una gran diferencia entre ellos; el significado social y personal que revisten tiene implicaciones diferentes, casi contrastantes. Por un lado el nacimiento se espera con agrado, con emoción. Mientras que la muerte es en sí un acontecimiento desagradable, por tal motivo generalmente se niega y se evita hablar de ella.

La vida se caracteriza por el crecimiento y el desarrollo continuo de todo ser, luego entonces la muerte significa la negación del desarrollo, el último instante de la vida, el ¡ya no existir!.

Es quizá por eso que el hombre es considerado enfermo de muerte desde que nace. (Pérez 1965). Y que el miedo que experimenta ante la muerte es un miedo básico, probablemente el más profundo y grande de los miedos de todos los hombres. Miedo que proviene del temor a la destrucción física y a la desaparición como cuerpo ya que, el cuerpo es en

nuestra cultura, la única manera de estar vivo. Zilboorg (1943), argumenta que gracias a la presencia de ese temor, el hombre es capaz de cuidarse de todos los peligros que lo amenazan de muerte ya que, sin él, se dejaría vencer ante cualquier situación peligrosa. Sin embargo, Bécker (1977), sugiere que aún y cuando la existencia de ese temor es indispensable para funcionar como instinto de conservación, también propicia problemas en el ser humano cuando su presencia es constante e impide el funcionamiento correcto de su mente.

En ese sentido todos los seres humanos realizan una serie de actos para evitar o negar la muerte. Y todos temen a la muerte pero dicho temor es reprimido. (Vincent 1983).

Es evidente que aún no sabemos dar a la muerte un lugar en nuestra vida, la consideramos algo ajeno, que "más adelante" vendrá. Un hecho del que no merece la pena hablar.

Sin embargo debemos considerar al hombre un todo conformado biopsicosocial, y su vida -como su muerte- ocurren afectando los tres planos.

Es por ello que ante la muerte biológica de un

individuo, se manifiestan las conductas sociales y se inspiran los sentimientos y emociones más diversos y encontrados que en el hombre pueden surgir.

1.1 LA MUERTE VISTA DESDE LOS ENFOQUES MEDICO Y BIOLÓGICO.

La muerte física es la cesación completa y definitiva de la vida animal o vegetal. Su carácter es inevitable e irreversible, se muere de una vez y para siempre.

Papalia, 1985.

Tradicionalmente los criterios para comprobar la muerte de algún individuo eran solo dos; el detenimiento de la respiración, y la ausencia de latidos cardiacos.

Hoy en día dichos criterios por sí solos resultan ser insuficientes ya que, en ausencia de ellos, puede haber reanimación. Desde el punto de vista de Vincent, op cit, pueden advertirse tres etapas diferentes en la muerte:

- 1.- LA MUERTE APARENTE, donde hay detenimiento de la respiración, y enlentecimiento considerable de los movimientos cardiacos.
- 2.- LA MUERTE RELATIVA, en la que se detiene la circulación total. Y;

3.- LA MUERTE ABSOLUTA, donde las alteraciones tienen un efecto acumulativo y son de carácter irreversible.

↓ Es importante señalar que no hay un signo único que sirva para determinar la muerte, sino un conjunto de presunciones -con causa de error posible-, que según Ramos, Sánchez y Sánchez, (1986) pueden ser agrupadas en tres categorías:

1.- NIVEL CLINICO, donde hay carencia total de reflejos, disminución progresiva de la temperatura corporal, paro total de la respiración, dilatación pupilar, y ausencia de respuesta a estimuladores cardiacos.

2.- NIVEL RADIOLOGICO, en el que hay un franco detenimiento circular en la arteriografía. Y finalmente desde el punto de vista:

3.- ELECTRICO, hay un trazo llano en el electroencefalograma bajo estímulos en registros de varios minutos durante 24 horas. (Ramos, Sánchez, y Sánchez op cit).

Estas tres categorías podrían confirmar el punto de vista de Bichat, cit en Vincent op cit, p 35-37, donde dice que:

"...se muere por el cerebro, el corazón, y el pulmón." ✧

1.2 EL ENFOQUE SOCIAL DE LA MUERTE.

La muerte ocurre dentro de un orden social en tanto nos hallamos inmersos en una diversidad de estructuras sociales: la familia, el trabajo, el hospital, entre otras tantas. (Sudnow 1971).

Además los problemas de la muerte atañen a géneros muy específicos de personajes variados: al teólogo, filósofo, biólogo, demógrafo, psicólogo, sociólogo; al jurista, criminólogo, y economista; al sacerdote, al médico y enfermero; al empleado de servicios fúnebres. En general, cada individuo percibe la muerte de otro como eventualmente la suya, según la óptica que proviene de su profesión, la de su ideología, ó la del grupo al cuál se integra. (Vincent op cit.).

La muerte ocurre también dentro de un orden médico organizacional así, la programación de tratamientos, el diagnóstico y el pronóstico; la disposición del tiempo, interés y dinero, son elementos que forman los intereses prácticos y autorizados de los médicos; siendo la muerte y su

anticipación, elementos importantes en dicha organización. (Sudnow op cit).

La perspectiva de la muerte adquiere significados diferentes a quien sea el moribundo; por ejemplo, un anciano de 80 años es considerado un moribundo por ser su muerte una posibilidad a la vista; mientras que un joven moribundo puede no aparentarlo, motivo por el cual las acciones e interacciones con él serán difíciles debido a su aspecto (el de alguien que no está próximo a morir).

El morir antecede a la muerte, por lo mismo es un proceso irreversible. Aunque al detectarse una enfermedad como el cáncer, no hay razón para tratar como moribundo al paciente.

El morir es un término predictivo, en algunas ocasiones bastará mirar al enfermo para saber que pronto morirá-. Es en estas situaciones cuando el anciano o el enfermo son considerados "muertos sociales". ✕

Es posible hablar de muerte social, con o sin muerte biológica efectiva cuando una persona deja de pertenecer a un grupo dado ya sea, por límite de edad, por pérdida de funciones, o bien porque ha

sido declarado moribundo ante la inminencia de su muerte, aunque tenga actividad celular. (Sudnow op cit) (Ramos, Sánchez, y Sánchez op cit).

Los ancianos o los enfermos en peligro de muerte son difuntos en potencia por ser biológicamente terminados y socialmente inútiles. Particularmente el anciano se enfrenta con su vejez a una serie de angustias, precediendo la de su jubilación, con la que surgen sentimientos de frustración, impotencia, y culpabilidad ante una sociedad que lo margina, que no le quiere más por considerarlo un estorbo. Así es como el anciano percibe su jubilación, como la antesala de su muerte en tanto no ve satisfecha su individualidad ni su identidad; pierde su rol social, sobre todo si su puesto de trabajo era agradable e importante.

La faceta social de la muerte implica además los aspectos legal y fúnebre.

Una vez ocurrida la muerte se sientan las bases para la realización de actos bien definidos como son: Disponer la autopsia, disponer los objetos personales, contratar una empresa funeraria, estar de duelo, volver a casarse, transferir propiedades;

y en general la realización de actividades que enmarcan el final. (Sudnow op cit).

Por otro lado, las formas sociales para la expresión de los rituales de la muerte son variables tanto de una sociedad a otra como de una época a otra. P. e., en China los deudos se visten de blanco y el ataúd, multicoloreado refleja los deseos de que el muerto goce un futuro dichoso, en la cubierta del mismo se lee un rótulo: "Buena Suerte". Aunque no deja de expresarse melancolía por el ser que ha dejado de serlo.

En la India, la antigua tradición del Sati hacía que la viuda del difunto se quemara a un lado de él por considerarla una más de sus pertenencias que debía acompañarle al otro mundo. (Enciclopedia didáctica Salvat, 1985).

Por su parte, en la cultura azteca, la manera como eran celebrados los rituales para un difunto de carácter común puede resumirse así:

El cadáver era amortajado por ancianos y oficiales que cortaban, aderezaban y ataban papel de amate al difunto en posición fetal -con las rodillas

contra el pecho-, acto seguido derramaban agua sobre su cabeza y le decían:

"Esta es la que gozasteis viviendo en el mundo", tomaban el jarrillo lleno de agua y dábanselo diciendo: "veis aquí con que habeis de caminar" y poníansela entre la mortaja. Así amortajaban al difunto con mantas y papeles y le ataban fuertemente. (Sahagún 1979).

La realización de actos y rituales fúnebres se consideran de ayuda para el difunto; tanto antes como ahora. Y para los sobrevivientes, revisten una gran importancia psicológica ya que, al proporcionarlos se experimenta consuelo y paz. Para Kubler-Ross, son la oportunidad de reunirse familiares y amigos con el fin de dar el último adiós, y juntos evocar recuerdos comunes.

La realización de dichos actos es también una coyuntura que nos permite pensar en nuestra propia muerte. De acuerdo con este planteamiento, Beauvoir, (1988), lo manifiesta así: "...poco después asistieron al entierro, el ensayo genral de lo que sería su propio entierro". También Vincent, op cit: "...también lloro a mi mismo cuando lloro a otro, yo

vivo la muerte de otro como ausencia radical; veo también no mi muerte, sino mi morir y la forma como seré llorado..."

En términos generales, el funeral se considera como el reconocimiento público de que alguien ha muerto. Así también implica la aceptación de la realidad por parte de los familiares.

1.3 **IMPLICACIONES PSICOLOGICAS EN TORNO A LA MUERTE.**

Hasta el momento ha sido citada la definición de muerte, y se han abordado los aspectos social, médico, y biológico. Sin embargo no se debe olvidar que el hombre es considerado un organismo biopsicosocial que reacciona dinámicamente en su medio. De manera que sería erróneo tratar de simplificar a la muerte como un acontecimiento meramente biológico. (Farberow & Shneiman, 1969).

Desde el punto de vista psicológico, la muerte despierta un sinfín de emociones, casi todas las que pueden darse en el hombre: temor, tristeza, angustia, abandono, desesperación, desconfianza, resentimiento, resignación, lástima. envidia, avaricia, indignación, entre otras tantas. Mismas que son capaces de destruir todo gozo y esperanza. (Pereda 1988).

Por otro lado, los sentimientos y emociones que experimenta el hombre ante la muerte -ya sea

la propia, o la de algún ser querido- no se hacen esperar. La sola idea de la inevitabilidad de la muerte le hace sentir impotencia ante las leyes de la naturaleza.

Marcovitz (1971) señala que la vida es aceptada sin cuestionamientos, no así la muerte, que nos priva de la posibilidad de vivir para relacionarnos con los demás, a fin de dar y recibir amor y placer.

Desde el enfoque psicoanalista, en el inconsciente la muerte jamás se percibe como un hecho natural; muy por el contrario, el hombre se afana en conservar la vida mediante falsas expectativas que él mismo construye al percibirse como ser inmortal. Según Freud (1915), no podemos imaginar verdaderamente nuestra muerte, y cuando hacemos un intento por imaginarla, nos percibimos como espectadores sobrevivientes.

Con frecuencia se dice que la muerte no solo es temida por el dolor físico, sino por la separación de la vida, la envidia por los que viven, la restricción de su poder, la indignación, y la

dependencia; todos ellos son sentimientos comunes en el proceso de morir. X

Incluso la fantasía, ya sea consciente o inconsciente de la continuación de la vida en alguna otra instancia, (Toynbee 1980). Según Westheim (1985), el mexicano de hace 2000 años no temía a la muerte. Era mayor su angustia por la vida, y el estar expuesto con medios insuficientes de defensa ante una vida llena de peligros.

En este sentido es que el individuo en su afán por negociar con la muerte, se apega más a la religión donde se proclama un paraíso, o la vida eterna después de la muerte. O bien que la muerte es la transición a otra forma de vida como la reencarnación o la transmigración de la existencia dentro de otro organismo ya sea vegetal o animal. (Marcovitz op cit), (Pereda id), y (Toynbee ib id).

Aunque debe considerarse el papel ambivalente que juegan las creencias religiosas ya que, por un lado reducen el temor a la aniquilación total, pero, por otro, pueden aumentarlo. Rowe en: "La construcción de la vida y de la muerte", lo refiere así: "...unos necesitan la bondad de Dios como un alivio para su angustia, y otros más se sentían de

antemano condenados por la inmisericorde presencia divina." (Rowe 1989). Esto es por la incertidumbre del más allá. Salvo quienes han cumplido leyes y mandamientos que demandan sus propias creencias o religiones durante la vida terrenal. (Vincent op cit).

Otros autores como Bécker op cit, opinan que la inclinación o apego del hombre hacia una religión, es un claro indicio de la negación de la muerte. Dicha necesidad vé cifrada su esperanza en no morir, en vivir permanentemente aunque sea en alguna otra instancia.

Dentro de las implicaciones psicológicas por las que atraviesa el paciente moribundo, no puede dejar de mencionarse la aportación que Elisabeth Kubler-Ross (1975), médica pionera en estudios sobre la muerte, llegó a establecer cinco fases comunes en el proceso mórbido de una gran cantidad de pacientes desahuciados con quienes ella convivió, y con la mayoría de los cuales presencié su muerte.

Las etapas o fases previas al morir que ella encontró, pueden describirse así:

NEGACION

El paciente actúa con desconcierto y no quiere reconocer su enfermedad como mortal. Acude en busca de otras opiniones médicas con la esperanza de un diagnóstico errado.

IRA

El paciente se pregunta ¿por que yo?, llega a sentir envidia por aquellos que le rodean y se encuentran en una situación diferente a la suya.

NEGOCIACION

El paciente reconoce que el tiempo que le queda es corto. Sin embargo ofrece negociaciones con los médicos, con Dios, p.e. "si me permites vivir hasta que..., te ofrezco tal cosa".

DEPRESION

El paciente tiene tristeza al comprender que su vida está por concluir. Se lamenta por lo que ya no hará.

ACEPTACION

El paciente por fin acepta que su existencia en el mundo es finita, y que cada vez se acorta. Espera el momento final y, aunque no hay felicidad, experimenta un sentimiento de paz consigo y con el mundo.

Cabe señalar que la teoría de Kubler-Ross ha sido una buena pauta de la cual han partido subsecuentes estudios. Sin embargo, la experiencia de otros autores indica que no hay tal rigurosa etapa de los cinco estadios, ya que el morir es una experiencia original e individual; y que para fines explicativos podría definirse como una trayectoria del morir; tal y como sugiere Patisson (1977), y que puede enmarcarse en tres estadios generales:

CRISIS AGUDA

Es el enfrentamiento con la noticia de muerte, se acompaña de confusión, perplejidad, negación, ira, y negociación. Es aquí cuando las personas requieren el mayor apoyo emocional para aceptar su realidad.

FASE CRONICA DE VIDA-MUERTE

Aquí el paciente debe afrontar sus temores (a lo desconocido, a la soledad, a la pérdida de familiares, etcétera), mismos que puede superar al lamentar sus pérdidas, colocando a la muerte entre sus expectativas.

FASE TERMINAL

El paciente percibe señales corporales internas de la inminencia de su muerte. Aquí surge la aceptación.

Como podrá observarse, ambas propuestas de las fases por las que atraviesa el paciente antes de morir, comparten elementos; las dos pueden ser de utilidad para fines analíticos, y a la vez establecer una propuesta de apoyo a éste tipo particular de enfermos y a sus familiares para que logren aceptar la muerte con un mínimo de perturbaciones tanto a nivel individual como familiar.

Otro aspecto que enriquecerá el presente trabajo, es el conocimiento de las actitudes que se tienen al respecto de la muerte con el objeto de minimizar, reforzar, o establecer aquellas que sean más saludables al respecto de una real aceptación de la muerte. Sin la presencia de factores negativos que afecten el desarrollo normal de los sobrevivientes.

1.3.1 ACTITUDES HACIA LA MUERTE

El aspecto psicológico de la muerte, involucra nuestros sentimientos respecto a la muerte propia, y a la de nuestros seres queridos. Las actitudes que la muerte suscita en el individuo son diferentes a lo largo de la vida. Estas se manifiestan de acuerdo a la etapa en que alguien se encuentra cuando surge la inminencia de la muerte. Así:

EN LA INFANCIA

Se dice que el niño de edad entre los dos y tres años, no tiene una idea clara del significado de la muerte, piensa que es algo similar a estar dormido, o una continuación de la vida.

Sus reacciones ante la muerte de algún familiar suelen ser menos severas y prolongadas que las de los adultos. Y el concepto de muerte, según Puyuelo (1984), emerge alrededor de los nueve años. El mismo autor opina que hasta entonces "comprueba la naturaleza universal e inevitable de la muerte". En este sentido, Bécker op cit sugiere que el temor por la muerte no es innato y que el niño adquiere su concepto hacia los diez años. Aunque las experiencias tempranas influyen en gran medida si

son negativas en la formación de temores al aniquilamiento y la soledad. Es probable que dichas experiencias tengan referencia con la separación materna.

Por su parte, Desatnik y Contreras (1989), sugieren que el desastre puede afectar a los niños de manera importante por carecer de elementos cognitivos y emocionales útiles para poder procesar la experiencia. Lo que puede redundar en la manifestación futura de problemáticas diversas. P.e. los niños huérfanos de guerra o desastre, la horfandad les conduce a una menor adaptación cognitiva, educativa, y emocional.

En 1952, Bowlby concibió un paradigma de separación y pérdida mediante la observación de niños entre uno y cuatro años de edad. Los niños fueron separados de sus madres por un periodo de dos semanas; los resultados obtenidos fueron uniformes; se mostraron tres fases en la conducta de los infantes:

1.- PROTESTA, caracterizada por gritos y convulsiones, ira y miradas en busca de su madre, y ansiedad todo el tiempo de la protesta.

- 2.- ABATIMIENTO, donde el niño permanecía quieto, afligido, y con llanto constante.
- 3.- RECUPERACION, aquí hay conductas adaptativas, aunque la reunión con su madre era apática. Parecía haber perdido la atracción natural.

Con referencia al inciso 1, particularmente a la ansiedad, en la teoría Psicoanalítica se considera una reacción del ego ante una situación de peligro -comparable a la reacción ante la pérdida de una persona querida-, y que requiere de una etapa de duelo para integrar la pérdida a la realidad. (Falus, 1989). Aunque es importante considerar que la pérdida no siempre es percibida en su total magnitud. Freud op cit, cita un claro ejemplo al respecto: "...decía el niño a su madre; sí, entiendo que papá ha muerto pero, por que no viene a comer con nosotros?..."

Por otro lado, y con respecto al temor por la muerte, Wolman (1983) sugiere que casi todos los niños sienten miedo a la muerte en los momentos difíciles de su vida y que, en algunos el temor es provocado por la muerte de algún familiar, en otros, por la enfermedad que padecen.

Retomando la idea de las actitudes que el

infante muestra ante la muerte, éste demuestra que percibe la proximidad de ella aún y cuando ignore la magnitud de su enfermedad. Existen numerosos casos en los que los niños expresan mediante dibujos, poemas, palabras, o escritos, su conocimiento de la proximidad de su muerte. (Kubler-Ross 1986).

EN LA ADOLESCENCIA.

Se dice que el adolescente rara vez piensa en su muerte debido a que no siente temor al aniquilamiento, piensa que la muerte es algo que más adelante vendrá, y por ahora solo desea vivir plenamente su identidad recién descubierta. (Papalia op cit).

También es posible que la muerte de otro lleve al joven adolescente a buscar refugio en el acto sexual. Lo que implica una protesta de la vida contra la muerte. Eros trata de vencer a Thanatos.

Cuando el adolescente se ve frente a la muerte, puede reaccionar de diferentes maneras; con regresión, ira, inmadurez, o aceptación. No hay una respuesta que se pueda generalizar en esta etapa debido quizá a la personalidad cambiante del adolescente. El piensa que puede correr

prácticamente todos los riesgos sin encontrar la muerte. Es probable que por ello sea un excelente soldado. (Papalia op cit). En México D.F., durante los sismos de 1985, se observó que los adolescentes fueron el grupo que más directamente se involucró en los trabajos de rescate y salvamento. Desatnik y Contreras op cit.

Vincent op cit, opina que la muerte de un soldado es "la más injusta, la más dramática, y la más temida de todas las muertes".

JUVENTUD Y ADULTEZ.

En esta etapa aunque la mortalidad es baja, los que se enfrentan a la muerte, generalmente se siente muy golpeados y frustrados ante la incapacidad de ver realizados sus sueños. El paciente terminal de esta etapa suele ser difícil pues se muestra iracundo la mayor parte del tiempo. Siente envidia del cuerpo médico que le atiende debido a la similitud que existe entre sus edades con la propia.

MITAD DE LA VIDA.

En esta etapa, la mayoría de las personas sabe que va a morir y hace conciencia de su presencia finita en el mundo. Estas personas hacen una revisión de su

vida, sus relaciones, su carrera, su matrimonio; y la manera como han empleado el tiempo. Es posible que en estos pacientes se observen cambios de importancia.

SENECTUD.

Aquí los pacientes muestran menor ansiedad al no haber una total aceptación con el mundo moderno y sentirse solos en una sociedad de valores muy diferentes a los suyos, donde lo único que les queda es esperar la muerte. Soler (1979), opina que la vejez genera soledad, la soledad interior que nada tiene que ver con estar solo o acompañado de otras personas.

Tolstoi (1981), en "la muerte de Iván Ilich" refleja además la obstinación con que se conduce el anciano por vivir a costa de lo que sea así: "... y luego, no pudiendo ya contenerse lloró a causa de su impotencia, de su horrible soledad, de la crueldad de las gentes, de la crueldad de Dios. No obstante cuando pasaban los días, Iván Ilich tenía más clara su conciencia de la proximidad de su muerte". Como suele ocurrir a las personas en esta etapa.

Con respecto a la aceptación de la muerte, se dice que quienes sienten que su vida ha sido

significativa, tienen una mejor actitud hacia ella y son más capaces de aceptarla. No así quienes sienten que no han vivido adecuadamente. Por ello podría decirse que hay una continuidad entre el estilo de vida y la actitud ante la muerte. Ramos, Sánchez, y Sánchez, op cit. En acuerdo con dicho planteamiento, Lepp (1967) lo manifiesta así: "aquellos que han llevado una vida plena participan ávidamente de las alegrías y placeres de la existencia, se encuentran entre quienes enfrentan sin angustia aparente el termino de la existencia y su envejecimiento. También de acuerdo, Wolman op cit, sugiere que todos tememos a la muerte como seres vivos, pero a la mayoría de las personas que llevan una vida activa y satisfactoria, no se preocupan por esa idea.

Guardini (1959) sugiere: "La primera experiencia es pues, aceptar la vejez. Cuanto más honda sea la comprensión de su sentido y, con más pura obediencia respecto a la verdad, tanto más valiosa y auténtica se hace la fase de la vida que lleva ese nombre -vejez-; y más aún; la aceptación de la muerte.

No obstante los sentimientos, actitudes y emociones que genera la muerte; en la actualidad se

ha visto crecer una actitud más saludable que intenta comprenderla para hacer de ésta consecuencia inevitable de la vida de cada persona, un hecho tan positivo como sea posible.

Ellis (1986), al dirigirse al terapeuta racional emotivo sugiere: "En fin, si sus pacientes creen que es horrible morir, tenderán a hacerlo horrible. Si aceptan la posibilidad de que morirán y hacen un mejor uso del indefinido número de años que les quedan, vivirán más felizmente. Puede usted terapeuta enseñarles a cambiar las cosas desagradables que puedan cambiarse en este mundo; a admitir de buen grado las que no es posible cambiar. Y a reconocer y aceptar sabiamente la diferencia entre las dos." ... "La muerte es sencillamente una de las cosas que no se pueden cambiar, pero a ellos les es dado elegir la sabiduría que los capacite para aceptar esa realidad."

2 EFECTOS PSICOLOGICOS EN LOS FAMILIARES DE UN PACIENTE DESAHUCIADO.

"Necesitamos ser capaces de aceptar la posible muerte de aquellos a quienes amamos, así como necesitamos también darnos cuenta de que nuestra permanencia en este mundo es limitada."

Papalia 1985.

La muerte implica un cambio tan radical que, tanto el moribundo como sus familiares eluden la perspectiva de morir próximamente, además muchos factores se combinan para determinar los sentimientos y las reacciones que acompañan la experiencia de muerte en la familia. Ellos son; reacciones espontáneas, emociones, pensamientos, y acciones; los cuales son inevitablemente modificados por consideraciones con respecto a lo adecuado y a lo esperado. (Marcovitz op cit).

[El mismo autor opina que la muerte de algún miembro de la familia, afecta a ésta tanto de manera individual como grupal.] Debido a que la muerte nos priva de existir, ya no existimos para dar y recibir amor, seguridad o ayuda. Incluso, -de acuerdo con

Hawley (1989)- hay familiares que teniendo intensos lazos de unidad con el enfermo, padecen más que si éste hubiese muerto repentinamente.

Con respecto a las personas que tienen contacto directo con el moribundo, Kalish (1970) sugiere que pueden agruparse en cuatro rubros:

- 1.- Los que satisfacen sus necesidades médicas.
- 2.- Los que satisfacen sus necesidades sociales y psicológicas.
- 3.- Los que satisfacen sus necesidades religiosas,
- 4.- Los que se interesan más en estudiar sus necesidades a fin de canalizarles con los profesionales adecuados.

En este sentido resulta interesante conocer las actividades que se realizan en pro de la satisfacción de dichas necesidades.

Por ejemplo, se sabe que cuando un paciente ha sido desahuciado, éste deja de ser interesante para el médico tratante, el tratamiento (generalmente paliativo) es administrado por el cuerpo de enfermería; casi podría decirse que la relación médico paciente ha terminado. (Sudnow op cit.)

Aunque al respecto, Kalish op cit, Kubler-

Ross (1969), Ojeda (1984), Craig (1985), sugieren que dicha situación genera en el médico un dilema pues aún y cuando han sido entrenados para salvar vidas y promover el bienestar físico del paciente, y enfrentarse con la muerte; les desagrada estar presentes cuando ellos -sus pacientes- fallecen. Parece ser que experimentan frustración y culpabilidad.

Por otro lado, el médico pocas veces habla al paciente de la proximidad de su muerte, lo común es que esa noticia sea dada a algún familiar, al que el médico considera "más adecuado". Según Ellis y Abrahams (1986), sería recomendable que al paciente se le explicara ampliamente y con detalles los posibles alcances de su enfermedad a fin de que tanto el paciente como su familia tengan la oportunidad de considerar la muerte como una posibilidad a la vista, ante la que mucho se puede hacer.

Por su parte, los encargados de satisfacer las necesidades religiosas del paciente, le asisten tanto en el hospital como en templos e iglesias, incluso en el mismo hogar del paciente.

Ahora bien, los encargados de satisfacer sus



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

necesidades sociales y psicológicas, -sus amigos y familiares-, se enfrentan junto con el enfermo a una situación desastrosa, motivo por el cual la relación con el desahuciado se torna difícil ya que ante él fingen optimismo y fortaleza, aunque por dentro están viviendo un sinfín de emociones, como lo manifiesta Pereda op cit.

IZT.

En general las personas que enfrentan una muerte cercana, atraviesan por un síndrome de desastre que se caracteriza por inhibición de la actividad, pesadez emocional, y desinterés por la estimulación externa. (Lieberman 1970).

Al respecto Wolfstein (1957), señala que todo individuo en situaciones de desastre, se halla propenso cuando menos a sufrir un estado transitorio de inutilidad, disminuyendo así su capacidad usual de dar amor, en contraste con el aumento de conductas dependientes, regresivas, y sentimientos de inseguridad e inferioridad.

De acuerdo con el mismo autor, un hecho o situación se considera como desastre cuando involucra una pérdida significativa para un sujeto o grupo de sujetos; ante la cual se produce una



reacción postraumática. La pérdida de un objeto o persona amada puede significar un desastre a nivel personal.

IZT.

Marcovitz op cit opina que son muchos los factores que se combinan para determinar los sentimientos y las reacciones que acompañan la experiencia de la muerte en la familia, y que quizá el elemento más importante depende de la relación específica y el significado de la persona que va a morir. Por su parte Weisman (1972), reporta en sus estudios que la familia que enfrenta una muerte cercana se encuentra, en un estado crítico de negación por la enfermedad del ser querido; que intentará una y otra vez consultar diferentes opiniones médicas.

Entre las reacciones psicológicas inmediatas se encuentran las maníacas; éstas exteriorizan gran parte de la enfermedad en diversas formas. También se observan reacciones obsesivo compulsivas, y conductas agresivas intensas.

Phillip (1963), opina que el familiar, además de encontrarse en una situación crítica, se halla vulnerable a las enfermedades físicas y

psicológicas. De acuerdo con las últimas, Thomas (1989) informa que el individuo en estado de aflicción puede presentar serios problemas de salud al reducir su resistencia a los patógenos.

Ante el impacto de la noticia, el familiar también puede manifestar conductas autocompasivas, con una marcada tendencia narcisista. Así lo expresa Marcovitz op cit: "...sus declaraciones empiezan por sí mismo, ¿por que a mi?, ¿por qué tengo que sufrir tanto a causa de tu enfermedad?. Yo no lo merezco, ¿por qué el destino es tan cruel conmigo? En ocasiones es posible que sobre la tumba del familiar se inscriban textos como estos: "te fuiste y me dejaste"; o "por ti lloramos sin consuelo". Aunque este tipo de conductas cargadas de narcisismo no se aplican a la generalidad. En contraste se dan las llamadas conductas de heroísmo, las que son propias de familiares cuya aceptación surge más rápidamente.]

Otro tipo particular de sentimientos mostrados por los familiares, es el de culpabilidad.] Mismo que puede aparecer en cualquier momento desde que es recibida la noticia, hasta que el paciente ha

muerto. Dicho sentimiento puede variar de acuerdo a la evolución de la enfermedad. En este sentido, las autoras Fernández y Morales (1987), establecen que este tipo de sentimientos -de culpa- surgen en la etapa de ira y que dichos sentimientos son canalizados hacia la persona perdida o a quienes rodearon el suceso; el médico, el esposo, la madre; o bien a las instituciones o a los símbolos religiosos.

El castigo es otro sentimiento debido a la muerte de otro. El niño que pierde a sus padres, lo asume como castigo por su mal comportamiento. Para los adultos, la pérdida de un hijo o la pareja bien podría ser experimentada como castigo. Cuando el castigo es asumido como merecedor, la reacción frecuentemente será de culpa y depresión. Tales reacciones a su vez pueden ocasionar enfermedades somáticas, autoinjuria, o suicidio. (Marcovitz op cit). Pero cuando el castigo se siente sin ser merecedor, la reacción es de ira contra el que se considere responsable; Dios, los médicos, algún miembro de la pareja, o de la familia.

Desde el enfoque sistémico, la aparición de una enfermedad crónica o terminal en algún miembro de la familia, constituye cambios radicales tanto al interior como en el entorno de esta. Así, "el cambio en el interior se fundamenta en el sufrimiento y las posibles limitaciones físicas del enfermo, quien requiere ser atendido, cuidado, y medicado. El cambio en el entorno ocurre por la incorporación del equipo médico tratante, y del sistema hospitalario," (Robles, Eustace, y Fernández, 1987). Aunque, como sugiere Bühner (1979) "no debe olvidarse que el enfermo es el mismo de antes, el de siempre y que no comienza en el umbral de la clínica, una existencia por entero distinta, sino que se trata de la misma vida, pero con un sobreañadido de carga. Al cúmulo de lo negativo de antes, se suma la amenaza de la propia existencia" p.26.

Por su parte, los hermanos de niños enfermos de muerte, generalmente responden con una negatividad extrema debido a la demostración desmesurada de mimos y atenciones que recibe de padres y familiares por sentir que pronto partirá para siempre. Reacciones como estas son seguidas

por autocastigo por no haber alegrado los últimos momentos de vida del hermano. (Kubler-Ross 1986).

También es común la aparición de sentimientos ambivalentes o contrarios. Dicha experiencia se encuentra en los sentimientos de culpabilidad. En este sentido, Vincent op cit, lo manifiesta así: "... a veces se desea que la muerte llegue rápido, tanto para alivio del que muere como el de sí mismo; pero momentos después se desea retardar el último suspiro". "... nos quejamos de que el moribundo nos acapara, de que arruina nuestra vida, pero en seguida le reprochamos que nos abandone. Ocasionando a la vez sentimientos autoinculpantes por haberle deseado la muerte."

También Beauvoir op cit, en "una muerte muy dulce" así lo manifiesta: "...lo que más nos agotaba eran las agonías de mamá, sus resurrecciones, y nuestra propia contradicción. En esta carrera contra el sufrimiento y la muerte, deseábamos ardientemente que ésta llegara primero. Pero el miedo al espasmo final nos retorció el estómago."

Esta ambivalencia se hace presente también con Lewis (1982) así: "...Roberto hablando con ella y

recriminando a todos los santos, pero a la vez dando gracias por habérsela llevado." Cooper (1976), lo manifiesta así: "nadie sentirá por ella, y todos pretenderán secretamente que no estarán contentos por su muerte, tan solo aliviados por su bien."

Al respecto de las características de la familia con un enfermo crónico o terminal, Robles Y Col, op cit, las describen así:

1.- El enfermo se vuelve "central", esto es; las interacciones de la familia se realizan en función de él. Modificándose así las jerarquías. Si se trata de un hijo, deja de participar en las actividades que como hermano le competen, a la vez emancipa normas que le rigen como a los demás. Si es cónyuge, éste delega su función parental, y pasa a funcionar como "hijo" del otro cónyuge, de los hijos mayores, o de la familia de origen.

2.- El subsistema conyugal pierde importancia frente al parental, entre los esposos puede haber contradicción respecto a la enfermedad, la medicación y los cuidados del enfermo. Si anteriormente existían problemas, estos se acrecentan y se forman coaliciones.

3.- Es frecuente que debido a la tensión por la enfermedad, aparezcan conductas disfuncionales en los otros miembros así como perturbaciones emocionales.

Los sentimientos en la familia ante la muerte de un niño se ven intensificados ya que, por un lado, los padres -que tratan de sobreponerse al dolor- no están en condiciones de ayudar a los otros hijos, ni siquiera encuentran respuestas a las interrogantes de su hijo enfermo. Por otro, los hermanos experimentan grandes confusiones; consideran la muerte como un castigo, generalmente no manifiestan sus temores secretos. Y muchos de los pensamientos y sentimientos que surgen durante las crisis familiares pueden ser perdurables en su vida. Además él -o los- hermanos pueden sentirse abandonados. Muchos hermanos de ambos sexos, han respondido con creciente negatividad respecto a su hermano enfermo sin remedio. El motivo posible es que, para adaptarse a la nueva situación y hacer frente a la enfermedad, se producen cambios bruscos en las interacciones familiares en general. Algunas veces la familia tiene que socializar la enfermedad

para aprender a convivir con ella. Aunque como señalan Robles y col, pueden distinguirse dos aspectos diferentes de la enfermedad: 1) Cuando aparece progresivamente, y 2) Cuando su aparición es aguda. Así, cuando es progresiva, la familia dispone de tiempo para reajustar su estructura, su tiempo, su distribución de papeles, y su actuación frente a la realidad con el enfermo terminal. No así con las familias en las que aparece una enfermedad de manera aguda, que tienen que lograr el mismo ajuste en un tiempo más corto y por lo mismo con mayor tensión. Esta afirmación, la comparte Kubler-Ross (1986).

Una vez que ocurre la muerte, se produce en la familia un periodo de aflicción denominado luto. Ojeda (1984). El autor reporta tres etapas pertenecientes al luto: 1) Conmoción inicial, 2) Pena intensa, y 3) Recuperación gradual del interés. Donde la primera se caracteriza por la pérdida de autocontrol, reducción de energía y falta de motivación; el individuo se encuentra aturdido y desorientado. La segunda se caracteriza por llanto periódico y aturdimiento que inhabilita la comprensión de lo que está pasando. En la tercera,

el doliente reconoce la realidad de la muerte de quien amaba y lo que este suceso significa.

Al respecto de padres a quienes ha sido negado el contacto con sus hijos muertos, o que no fueron capaces de tenerlos en sus brazos, según Kubler-Ross, atraviesan un periodo de aflicción más largo y a menudo permanecen en un estado de rechazo durante años.

La muerte de los seres amados puede considerarse un desastre personal, en tanto se percibe como una pérdida de importancia.

Respecto a las reacciones que presentan los individuos en situaciones de desastre, éstas podrían ser clasificadas en dos tipos en cuanto a su dimensión temporal exclusivamente. Según Desatnik y Contreras op cit, son: 1) Reacciones inmediatas, y 2) De larga duración. Las correspondientes a la primera categoría, son aquellas que se presentan durante las primeras horas y persisten días, semanas, o meses. Las de larga duración pueden presentarse de manera inmediata y prolongarse por mucho tiempo después, o bien, pueden permanecer en forma latente y emerger después de un tiempo

prolongado, llegando incluso a presentarse después de uno o dos años. Cuando el individuo vive alguna otra situación crítica o de duelo que desencadena dichas reacciones. Colmenares (1986) cita las palabras de una persona afectada por los sismos de 1985 en la Cd. de México así: "...porque los que no sufrimos en carne propia ninguna desgracia, también hemos quedado afectados por el dolor de miles de familias que han quedado sin hogar, sin nada, con solo lo que en ese momento llevaban puesto. Y júrelo que ellos van a sentir mucho más otro sismo por lo que vivieron."

Es importante destacar que no todas las personas deben reaccionar con una serie de síntomas traumáticos ante la aflicción o pérdida sino, que de acuerdo con Sobell (1981), el potencial de angustia y dolor conduce a algunos sujetos al desarrollo de una nueva fase, diferente a los estadios vividos anteriormente, y por consiguiente les conduce a manifestar una serie de patologías, al alterarse el contexto que amenaza la integridad y la unidad familiar.

Además la intención principal del presente

trabajo, es destacar la necesidad de atender profesionalmente a las personas que por motivo de alguna enfermedad terminal en su familia, muestren trastornos emocionales y conductuales de importancia que limiten su desarrollo integral. Pero además se busca lograr que la familia sirva de apoyo al enfermo para vivir en las mejores condiciones posibles y morir dignamente.

Existe un singular tipo de muerte, ante el que poco se ha dicho. Debido acaso a que se le resta importancia por tratarse de la muerte de un ser con el que no llega a establecerse interacción, porque es incompleto, ¡porque no llega a ser!. Se trata de la muerte de bebés recién nacidos o que en alguna fase del embarazo pierden la vida.

Al ser el tema principal de este capítulo, los efectos psicológicos de los familiares con una muerte cercana, se considera importante insertar un subcapítulo exclusivo con referencia a la pérdida de bebés en la fase perinatal ya que, como a continuación podrá observarse, hay datos que muestran como los padres, y principalmente las madres que experimentan este tipo de pérdida,

manifiestan problemáticas diversas, entre otras, de carácter psicológico, mismas que de no atenderse podrían ocasionar perturbaciones mayores en el futuro de la pareja.

2.1 EFECTOS PSICOLOGICOS ANTE LA PERDIDA PERINATAL.

"Cuando un niño ha nacido muerto, no queda nada. El mundo no recuerda nada, y el vacío en el vientre es reemplazado por un vacío en tus brazos... tu no estás recordando ni un nacimiento ni una muerte sino ambos a la vez. Es la contradicción extrema. Yo sentí que había creado la muerte."

Expresión de una mujer cuyo hijo nació muerto.

Podría pensarse que los padres sufren menos o nada por la muerte de un bebé con el que no han tenido interacción alguna. Sin embargo estudios recientes muestran que los padres de familia que pierden un bebé o un cuasi bebé, muestran reacciones de dolor emocionales y físicas similares a aquellas que siguen a la muerte de un ser querido. Más aún, no existe diferencia significativa en la intensidad del dolor por un niño nacido muerto, abortado, o muerto al nacer. (Fabricant, Linn, y Linn, 1986).

La mujer particularmente atraviesa por un estado crítico con su embarazo pues, rompe el

equilibrio alcanzado en diversos planos tales como el económico, la relación familiar, y el proyecto de vida, entre otros. Ante dicho rompimiento, la gestante debe poner en juego toda su capacidad adaptativa. A ello se agrega un hecho importante, la presencia de motivaciones nuevas. p.e. el deseo o la planificación del embarazo, expectativas hacia el producto respecto a su función dentro del núcleo familiar, de sus características físicas y emocionales, de ¡tantas cosas!. Desde luego estos elementos se verán además influídos por la historia de vida, los rasgos de personalidad, el contexto socioeconómico y cultural, las alternativas de vida, y muchas otras variables.

Así como la gestación requiere de un tiempo mínimo para que el producto se forme, desarrolle y madure, también para los padres es necesario el tiempo para elaborar y resolver el proceso emocional que surge ante este acontecimiento.

Cuando este proceso se ve abruptamente interrumpido o bien, cuando la culminación no es la esperada debido a la muerte del producto, o a que este no se encuentra en condiciones normales, se

modificará sustancialmente el proceso emocional, generando sentimientos negativos y una serie de perturbaciones emocionales. Debido a que no siempre se cuenta con los recursos psicológicos necesarios que faciliten el afrontamiento ante estos acontecimientos, surgen alteraciones más acentuadas. (Fernández y Morales op cit.) E incluso coalición de la pareja con otros miembros de la familia, o la familia de origen. (Robles y col).

Al respecto de madres que han tenido pérdidas perinatales, Fabricant et al op cit, encontraron en un estudio realizado con 42 madres afligidas que todas sufrían en la misma intensidad, sin tomar en cuenta el tipo de pérdida que habían experimentado. La tristeza generalmente duraba de cuatro a seis meses después de la pérdida. Los niveles típicos de tristeza incluían shock, desorganización, enojo, culpa, vacío, soledad, alivio, y restablecimiento.

Otros estudios reportan que el dolor por la pérdida perinatal es tan intenso y duradero como cualquier otra pérdida, pero más acentuada debido acaso a tres razones:

- 1) Falta de apoyo de la comunidad para la expresión

de la tristeza. Generalmente la familia y amigos evitan hablar de la muerte y alientan a la madre a olvidarse de ella. Además es común la inexistencia de funerales y ritos para la expresión de pena y dolor. En este sentido Kubler-Ross (1986) propone que se permita a los padres lamentar su pérdida y gritar lo que están sintiendo a fin de manejarla.

2) Usualmente no hay una imagen concreta del niño para darle el último adiós.

3) Lo repentino deja a los padres con rabia y culpa porque ha quedado mucho sin decir y sin hacer.

Además se menciona que el 95% de las madres afligidas adquieren serios problemas maritales en los meses subsecuentes a la pérdida de su hijo. (Robles et al op cit).

Fernández y Morales op cit, hallan cuatro etapas de duelo comunes en las mujeres que han tenido pérdida perinatal, aclarando que no son rígidas sino, dinámicas que incluso podrían sobreubicarse una con otra a lo largo del tiempo que dure el duelo, ellas son:

1) Impacto y Negación; se caracteriza por una reacción de sorpresa que se aparea con crisis de

llanto, o risa, desorganización psicomotora, bloqueo afectivo, incredulidad y desconcierto. Aquí la paciente muestra conductas erráticas, incongruentes, e incoherentes.

2) Ira; en esta etapa encontraron enojo, sentimientos de culpa hacia la pérdida o hacia las personas que rodearon el suceso, o hacia las instituciones o los símbolos religiosos. Se da una mezcla de sentimientos encontrados, que finalmente se orientan hacia sí mismas en un afán por encontrar la explicación de la pérdida.

3) Depresión, aquí observaron un incremento de sentimientos devaluatorios, autoinculpación, llanto, trastornos del ciclo sueño-vigilia, dificultad de atención, concentración y memoria, anorexia y desaliño; en fin un cuadro depresivo que a la vez va a favorecer la real aceptación de la pérdida. Es común que en esta fase la paciente busque ser escuchada.

4) Resolución y alivio. Esta etapa emerge como una consecuencia de la aceptación de la pérdida, circunstancia que permite asumir el hecho doloroso como un recuerdo sin que por ello se vea limitado el desarrollo normal de la paciente.

Según las autoras de dicha investigación, la duración de este proceso es variable, aunque la mayoría logra su recuperación alrededor de los seis meses. Y en caso de no ocurrir ésta, probablemente sea debido a algún estancamiento en una de las fases, por su historia de vida, o características propias de su personalidad. La ocurrencia de dicho estancamiento genera un duelo crónico, inhibiendo las funciones psíquicas y exacerbando las emociones que le acompañan, haciendo imperioso un tratamiento de alto nivel de especialización.

Las fases arriba mencionadas, así como las propuestas por Kubler-Ross, tienen mucho en común, quizá solo varía la nomenclatura que cada una lleva, o el número de fases en el proceso. Sin embargo ambas sugerencias contienen todos los elementos correspondientes al aspecto emocional que la muerte genera en los individuos sobrevivientes. Lográndose tarde o temprano la recuperación mediante la aceptación de la muerte como parte final del proceso de la vida.

En base al material que ha sido revisado para

el presente capítulo, se evidencia la necesidad de planear un programa de atención psicológica para los pacientes que hayan tenido una muerte reciente, o próxima en la familia debido a la presencia de alguna enfermedad terminal. Todas las emociones que se presentan al convivir con un paciente moribundo, o que ha muerto, requieren de apoyo profesional para que sean canalizadas adecuadamente, tratando de evitar estados crónicos de duelo en los sobrevivientes, lo que impediría tajantemente su desarrollo normal.

Con la finalidad de establecer una estrategia de intervención para las familias que atraviesan problemáticas diversas por enfermedad terminal en alguno de sus integrantes, es importante conocer la postura psicológica frente al problema de la muerte. Para establecer en primer lugar como es percibido el evento "muerte" y el lugar que a él ofrece el pensamiento las actitudes y los actos. Así como la posibilidad de su transformación a fin de reducir trastornos emocionales que en torno a ella se pueden experimentar tanto por parte del paciente moribundo como por su familia.

Para tal efecto, en el siguiente capítulo se revisarán los postulados de la Teoría Cognitivo-Conductual; de ésta se desprenderá particularmente el uso de la Terapia Racional Emotiva, con su particular enfoque hacia los acontecimientos psicológicos que circundan la muerte.

3 APROXIMACIONES PSICOLOGICAS ANTE EL SUCESO DE LA MUERTE.

En el quehacer psicológico existen diferentes aproximaciones, todas ellas intentan explicar los fenómenos que afectan al individuo. Dichas aproximaciones constituyen un cúmulo de aportes para la comprensión, la predicción, la solución, y la prevención de diversos problemas humanos.

Por ello es pertinente considerar las aportaciones que cada una ofrece para el tratamiento de una problemática específica. Sin pretender encontrar en una sola todas las respuestas; lo que indudablemente conduciría a un reduccionismo. En contraste es positivo considerar lo que cada una puede ofrecer.

Es importante mencionar que son escasas las investigaciones en el terreno psicológico con respecto a la muerte. La bibliografía existente - en su mayoría de tendencia médica y biológica- no satisface las inquietudes en el plano psicológico. En este sentido, el presente trabajo

resulta ser un punto de partida para la realización de investigaciones subsecuentes.

En Psicología, el tema de la muerte ha sido abordado en mayor medida por las corrientes Psicoanalítica, y Cognitivo-Conductual. Esta última ofrece un aporte para afrontar la propia muerte así como la de otros mediante una actitud más sana que pretende la aceptación de la misma. Pues parte de considerar que el hombre como especie, es el único que puede pensar, razonar e interpretar los sucesos de la vida pasada, presente, y futura.

A continuación se presentan los principios que la conforman.

3.1 LA APROXIMACION COGNITIVO-CONDUCTUAL A LA PROBLEMATICA DE LA MUERTE.

"Desde el nacimiento hasta la muerte, solo un pequeño porcentaje de las conductas de una persona son, públicamente observables.

Nuestra vida está compuesta de respuestas privadas ante medios privados.

Mahoney 1983.

Una perspectiva que nos permite abordar la problemática de la muerte es la Teoría Cognitivo-Conductual. Aproximación que recientemente ha mostrado interés por prevenir, tratar, y apoyar tanto al paciente próximo a morir, como a sus familiares. Por considerar que la mayoría de la gente -no toda- presenta serios trastornos por no saber afrontar la proximidad de la muerte -propia o de un ser querido-.

En primera instancia podríamos definir a la cognición como la forma habitual de pensar y razonar las creencias, actitudes, imágenes, o formas de interpretar los sucesos y experiencias de la vida presente pasada y futura. Por lo general los pensamientos no son todo el tiempo conscientes (sobretudo en el caso de personas con problemas psicológicos

p.e. ansiedad o depresión.) Y suelen presentarse como automáticos. Es por eso necesario ayudar al paciente a que preste atención y tome conciencia de su forma habitual de pensar.) (Navas 1988).

Sobell op cit, menciona que si bien la muerte representa un evento estresante tanto para el individuo moribundo, como para el que la experimenta de manera colateral -generalmente su familia- Esto no significa que toda la gente tenga que reaccionar con una serie de síntomas traumáticos pues hay quienes enfrentan adecuadamente este y otros hechos inevitables. Sin embargo en el presente trabajo, y de acuerdo con el objetivo principal, se hará referencia a las personas que sí sufren trastornos y muestran desórdenes como los que más adelante serán mencionados.

Ocurre que el potencial de angustia y dolor conduce a algunas personas hacia una nueva fase de desarrollo -diferente a lo vivido anteriormente- y por tanto se presenta una serie de patologías al alterarse el contexto que amenaza la integridad y la identidad familiar. Sobell op cit, Pereda id, Robles

et al ib id.

Es sabido que el estado de aflicción puede exacerbar problemas de salud; al presentarse una baja resistencia a los patógenos, hay una supresión del sistema inmune, también se ha demostrado que la aflicción, como la tristeza son factores que atraen en gran medida algunos virus que redundan en detrimentos importantes para la salud. (Ader 1981), (Thomas op cit).

La aflicción también puede ocasionar abuso en la ingestión de alcohol o drogas. Así como el aumento de conductas perjudiciales para la salud.

Algunos autores que han estudiado ampliamente el problema de la aflicción; Bowlby op cit, Gorer (1965), y Parkes (1972) lo han representado a través de cuatro estados. Así, el primero, ESTADO DE CHOQUE, se caracteriza por aturdimiento e irrealdad. El segundo, consistente en PROTESTA Y ANHELO, la pérdida es reconocida pero no aceptada completamente. Hay protesta que se acompaña de agitación y aumento de la actividad fisiológica. Cognitivamente hay preocupación con la imagen de la pérdida del objeto y un enfoque de atención sobre

los aspectos del medio ambiente que fueron asociados con placeres pasados. El tercer estado se constituye de DESORGANIZACION Y DESESPERACION, se considera de los cuatro, el más difícil y complejo del proceso pues refleja actitudes de apatía, desaliento, pérdida del interés sexual, pobres hábitos alimenticios, desaliño, trastornos del sueño, y otros problemas conductuales y somáticos. Además de hostilidad, desesperanza y culpabilidad. El cuarto y último estado consiste en la SEPARACION Y REORGANIZACION. Aquí los síntomas de los estados anteriores son aliviados cuando la persona afligida desarrolla nuevos caminos para percibir y pensar acerca del mundo y su lugar dentro de éste. Involucrándose en el establecimiento de nuevos objetos, nuevos roles, y un nuevo sentido del propósito de vida.

Según Pereda op cit, los elementos que pueden determinar el carácter psicológico de la aflicción pueden ser divididos en dos categorías a saber; Positivas y Negativas.

Así, las determinantes negativas se caracterizan por la falta de interés a la vida,

debido a la falta de propósitos. En las determinantes negativas se observa una pérdida de reforzamientos, presentándose un estado de extinción, que es a su vez un proceso doloroso y frustrante. Respecto a las determinantes positivas, menciona que son las referentes a las ganancias o beneficios que adquieren las personas por medio de la aflicción p.e. retirarse de las obligaciones laborales o sociales, o refugiarse en el abuso de drogas o alcohol.

La teoría Cognitivo-Conductual intenta hacer un análisis preciso sobre las conductas que muestra el hombre ante la muerte ya que, entre otras, conduce al hombre a profundos sentimientos irracionales de desesperación, a la incapacidad para aceptar o negociar con sentimientos de ambivalencia hacia la persona que ha muerto; a la pérdida de la autoestima, a la autculpa por la muerte; a la incapacidad para expresar afecto a otros, a la pérdida de interés por el futuro, apatía, irritabilidad, o hiperactividad. Dichas conductas pueden llegar al extremo del suicidio. Es por todo ello que la intención principal de la teoría

Cognitivo-Conductual, no es tener control sobre la muerte -que es algo inevitable- sino educar a los pacientes desahuciados y a sus familiares a facilitar el autocontrol, guiándoles al conocimiento de sí mismos como instrumentos de cambio. Esto incluye la potencia de enfrentamiento para encarar la muerte.

Se ha demostrado que algunas terapias cognitivas, -más específicamente, la Racional-Emotiva-, pueden reducir en gran medida, incluso eliminar los trastornos que se derivan de la proximidad de la muerte en algún ser querido.

Es importante mencionar que la Teoría Cognitivo-Conductual ha sido severamente criticada por los modificadores de conducta, quienes consideran que la observabilidad de los fenómenos les otorga el carácter de "científico". Así, ellos creen: "... si un fenómeno es públicamente observable y descrito en forma objetiva, constituye entonces una variable científica permisible" cit en Mahoney op cit. Sin embargo debemos considerar que solo un mínimo porcentaje de las conductas de una persona es observable. Y que la vida está

compuesta fundamentalmente de respuestas privadas ante medios privados. Como sugiere el mismo autor.

Algunos modificadores de conducta contemporáneos consideran "malas" las inferencias y las clasifican como eventos privados, como mentalistas, y por consiguiente ilegítimos, y no-científicos. Aunque los mediadores inferidos se especifiquen operacionalmente son rechazados por considerarlos débiles y superfluos. Sin embargo las inferencias no solo son justificables sino esenciales en las ciencias de la conducta.

Otra área de dificultad para los modelos no-mediacionales, surge de la evidencia ampliamente reconocida de que los estímulos verbales e imaginarios desempeñan un papel muy significativo en la actividad humana. En este sentido, Pavlov (1955) se refiere al lenguaje como un "segundo sistema de señales", lo que confiere al hombre como una fuente casi ilimitada de estímulos condicionados y de capacidad para formas "complejas de aprendizaje". Algunos de sus colegas soviéticos sugieren que las palabras por sí solas podrían desencadenar fuertes reacciones emocionales.

El papel crítico de los estimuladores verbales

e imaginarios en la conducta humana, está dramáticamente magnificado en el hecho de que los humanos son organismos autoestimulativos. Así, es posible producir respuestas de miedo intenso mediante la simple imaginación de un estímulo aversivo.

Es entonces digno de consideración, el papel de las conductas no observables, las pertenecientes al modelo no-mediacional para áreas de investigación como la presente ya que, el conjunto de cogniciones referentes a la propia muerte o a la de seres queridos, en el individuo, proporciona elementos valiosos al transformar dichas cogniciones y emociones que perturban el buen desarrollo humano.

Aún hay largo camino por recorrer en la investigación de técnicas y terapias que conduzcan al conocimiento integral del individuo con miras a la buena transformación. Una alternativa para el tratamiento de los trastornos tanatológicos es la Terapia Racional Emotiva misma que, posee elementos que garantizan resultados en breves periodos de tiempo. La observación de mejoras a la conducta perturbada en breve, le dan a la Terapia Racional

Emotiva una cualidad adicional; al considerar que los pacientes de muerte próxima al igual que sus familiares necesitan tratamientos efectivos y rápidos debido a las características de los eventos que trastornan sus cogniciones.

Por otro lado, la ayuda terapéutica que por medio de la Terapia Racional Emotiva se brinda a los familiares del paciente deshauciado, les permite entre otras cosas, aceptar lo irremediable de una enfermedad mortal, la aceptación del familiar tal como es en las condiciones actuales de vida, la negociación de sus sentimientos de pérdida con los alternativos, y la búsqueda de eventos más satisfactorios que la depresión continua; para brindar a su ser querido una compañía de calidad sin importar el tiempo que le reste de permanencia en la vida.

La Terapia Racional Emotiva pertenece al grupo Cognitivo-Conductual. Lo que la hace diferente de otras, es la exposición cuidadosa y sistemática de la clase de cogniciones (creencias irracionales) que llevan a la perturbación emocional. Así como a una categorización de dichas creencias de acuerdo a una filosofía o concepción de la racionalidad. La

Terapia Racional Emotiva evita casi por completo la libre asociación por considerarla de poca efectividad. Tampoco se interesa en los orígenes sexuales de la perturbación. En vez de escuchar pasivamente el terapeuta racional-emotivo se caracteriza por ser activo, dinámico, y propiciar la independencia y la habilidad del cliente para razonar y transformar sus pensamientos irracionales en pro de un desarrollo sin angustia ni depresión.

Más de los principios y desarrollo de la Terapia Racional Emotiva serán abordados en el siguiente subcapítulo. Así también se hablará de su adecuación en el tratamiento de trastornos emocionales y conductuales por motivo de proximidad de muerte en algún individuo y su familia.

4 LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.

"La mayoría de los seres humanos -no todos- eligen trastornarse emocionalmente. Aunque tienen la habilidad -pocas veces usada- de rehusarse a dichos trastornos."

Ellis 1980.

La Terapia Racional Emotiva -de aquí en adelante se utilizarán solo sus iniciales: TRE- es una teoría de personalidad y un método de psicoterapia, enfatiza en el pensamiento racional, y su meta principal es al cambio emocional. Por razones teóricas y prácticas, y por ser un método de tratamiento psicológico, tiene un marcado énfasis cognitivo, aunque también enfatiza y utiliza métodos afectivos y conductuales con el fin de promover cambios básicos de personalidad. (Navas op cit).

El autor que originó la TRE fué Albert Ellis en 1955: "Yo empecé a utilizar para mis terapias métodos cognitivos y conductuales, por considerar

que pensamiento y acción siempre ocurren juntos" "... yo mostré a mis clientes cómo se ocasionaban perturbaciones a sí mismos; y que ellos podían pensar, sentirse, y actuar de un modo más apropiado respecto a sus deseos básicos." (Ellis 1981).

algunas veces se acusó a la TRE de ser cognitiva y otras conductual, sin embargo, ella siempre fue ambas; además la TRE fue la primera y mayor escuela de la Psicoterapia que conjugó la reestructuración cognitiva para modificar conducta.

La TRE es una postura básicamente teórica cuyo uso puede ser recomendado a la gran mayoría de clientes mediante un número selecto de métodos cognitivos, emotivos, y conductuales. Pues asume que cognición, emoción y conducta nunca se hallan realmente separados; que invariablemente actúan entre sí y no podrían ser definidos adecuadamente uno sin la referencia de los otros dos.

La TRE es también una filosofía, y muchos de sus aspectos provienen de los pensamientos de los filósofos estoicos, romanos, y budistas, y teoístas. Sin embargo no es sólo filosófica, ni sólo empírica sino que intenta ser ambas.

La TRE puede ser utilizada para que los pacientes superen sentimientos y conductas inapropiadas en un tiempo relativamente breve, en contraste con otras teorías, como el psicoanálisis, donde se intenta primero escudriñar el pasado a fin de detectar las ideas irracionales inculcadas por los padres durante la infancia, o mediante el análisis de sueños, o la búsqueda del origen sexual de las perturbaciones; o bien destacando la importancia del complejo de Edipo.

A la TRE no le importa cuán defectuosa pudo ser la herencia de un individuo ni las experiencias traumáticas a que halla sido expuesto en sus años tempranos sino el por qué en la actualidad reacciona de tal o cual manera ante ciertas circunstancias o eventos activadores. (Navas op cit).

La TRE sostiene que los tres elementos fundamentales en el funcionamiento humano son: el pensar, el sentir, y el actuar, mismos que se hallan íntimamente interrelacionados y que el cambio en uno de ellos ocasionará cambios inevitablemente en los otros dos. Es decir, si una persona cambia de manera de pensar acerca de una situación, lo más probable es que se sienta diferente respecto a esta y pueda a

su vez alterar la forma en que reacciona conductualmente ante el mismo evento. Así; un principio básico de la orientación racional-emotiva, plantea que: La cognición es el evento más importante que determina la emoción humana. Y el principio establece que nos sentimos de la manera que pensamos. (Navas op cit).

Así, las creencias contemporáneas pueden ser cambiadas, aunque el cambio no sea precisamente fácil. Los elementos de las creencias irracionales pueden ser cambiados a través del esfuerzo activo y persistente por reconocer, desafiar, y revisar el propio pensamiento para lograr reducir la angustia emocional.

Hay quienes podrían creer que la TRE es un tipo de terapia asentimental, sin embargo dicho juicio es falso en tanto dicha terapia intenta reducir al máximo las emociones negativas que impiden al ser humano vivir bien; estas pueden ser: depresión, baja tolerancia a la frustración, angustia, ansiedad, entre otras. Mientras que de manera alternativa busca desarrollar intensamente los sentimientos de gran determinación, como el

interés por alguna causa o ideal, la rebeldía, una sexualidad placentera, el amor y la entrega por una meta.

La TRE sostiene que el ser humano tiene la capacidad de elegir trastornarse emocionalmente o rehusarse a dichos trastornos. Esa capacidad de elección incluye sentimientos apropiados como tristeza, frustración, y consternación cuando se ve asaltado por tragedias como una enfermedad terminal. O bien, sentirse presa del miedo, horror y depresión. (Ellis 1981).

El carácter filosófico de la TRE pone de manifiesto las ideas esenciales creadoras de trastornos que parecen ser la base de los actos contraproducentes en el paciente, y su finalidad como filosofía es la transformación de pensamientos irracionales a fin de favorecer la autorrealización del ser humano. Si se piensa en la transformación de los pensamientos irracionales, se hace importante conocer la procedencia de dichos pensamientos. A continuación se hablará de emociones y la relevancia que tienen en la transformación positiva.

4.1 CONCEPTO DE EMOCION Y SU IMPORTANCIA EN EL USO DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.

Según Ellis (1980), la emoción tiene cuatro orígenes y desarrollos diferentes:

- 1.- A través de los procesos sensoriomotrices.
- 2.- A través de estimulación biofísica mediada por los tejidos del sistema nervioso autónomo, del hipotálamo, y otros centros subcorticales.
- 3.- A través de los procesos cognoscitivos o de pensamiento. Y un cuarto origen sería:

* La emoción. Que surge a través de la experimentación y puesta en circulación de procesos emocionales previos. (p.e. cuando el recuerdo de un sentimiento de odio en el pasado, desencadena una nueva ola de hostilidad).

La emoción es causada y controlada de diferentes maneras, una de ellas es el pensamiento. Mucho de lo que llamamos emoción no es más que un tipo de pensamiento parcial lleno de prejuicios y que es altamente evaluativo.

La emoción es un proceso complejo que se inicia ante la percepción y la apreciación de algo.

La apreciación desarrolla la tendencia de ir o alejarse de ese algo que se siente como emoción, y requiere la acción... solo nos gusta o nos disgusta algo que conocemos. Solo se pueden evaluar las cosas cuando se comparan con algo similar en el pasado y con el efecto que produjeron en nosotros, por lo tanto nuestra evaluación tendrá que basarse en muchos casos en la memoria.

Esta atracción o aversión generalmente se acompaña de cambios fisiológicos que se organizan hacia la retirada o el acercamiento.

En la TRE se considera que las emociones negativas mantenidas -tales como la depresión intensa, la rabia, la culpabilidad, etcétera- no son necesarias para la vida humana y que, si la gente aprendiera a pensar de manera constructiva y eficaz, traduciendo dichos pensamientos en acciones, podría erradicar las emociones negativas. (Ellis 1980).

Según Lair (1990), "lo más importante de las aflicciones es verlas como un factor de nuestra forma de vida, aceptarlas y comprender que ahí están. Son un problema y se tiene que enfrentar."

Ellis (1980) sugiere que las emociones negativas mantenidas -las que no son causadas por el dolor físico- son invariablemente el resultado de la ignorancia, la estupidez o la perturbación, y que pueden eliminarse en su mayoría mediante la aplicación de un conocimiento y pensamiento correctos.

Así también considera: "si los estados permanentes de emoción, generalmente son consecuencia del pensamiento del individuo; y si el pensamiento es un concomitante de sus autoverbalizaciones; podría concluirse que es raro que el individuo se vea afectado (se vuelva triste o alegre) por los objetos y acontecimientos externos, sino que mejor lo sería por sus percepciones, actitudes o frases interiorizadas sobre las cosas y los hechos externos."

Por lo anteriormente expuesto; este autor concluye con una expresión de Shakespeare: "NO EXISTE NADA QUE SEA BUENO O MALO, ES EL PENSAMIENTO EL QUE LO HACE ASI."

Podría decirse que un individuo neurótico no sabe como pensar con claridad (o no se preocupa de



ello), ni como evitar conducirse de una manera tan autodestructiva por el estado ilógico e incongruente en que se encuentra. Por eso se debe enseñar a los pacientes que sus frases interiorizadas son ilógicas e irreales y que ellos pueden cambiar sus emociones convenciéndose de la verdad, de frases más racionales, y menos destructivas.

Con ayuda terapéutica se deben desenmascarar continuamente las autoverbalizaciones destructivas y los pensamientos ilógicos del paciente que ha tenido en el pasado, pero sobre todo en el presente. Para ello el terapeuta debe: **IZT.**

- 1.- Llamar la atención del paciente sobre dichas verbalizaciones, o hacerlas conscientes.
- 2.- Enseñarle como se causan y mantienen sus perturbaciones e infelicidad.
- 3.- Demostrarle exactamente cuales son los vínculos ilógicos de sus frases interiorizadas. Y;
- 4.- Enseñarle como volver a pensar, desafiar, contradecir, y reverbalar estas frases de tal manera que los pensamientos interiores lleguen a ser más lógicos, eficaces y con menos tendencia al trastorno emocional. (Ellis 1981).

Según el mismo autor, el "principal problema para lograr una vida auténtica no es pues, erradicar las creencias de la gente, sino transformarlas de manera que lleguen a estar más arraigadas en la razón y la información..." Ellis 1980.

*** TEORIA DEL A-B-C EN LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA ***

La TRE sostiene que cuando la gente torna sus deseos y preferencias en demandas absolutistas de casi todo, incluyendo la vida misma bajo los comandos: DEBERIA, TENGO QUE, ó TIENE QUE...

con toda seguridad tiene problemas de conducta que contraen perturbaciones emocionales.

Aunque las demandas absolutistas de la gente son variadas, casi todas podrían ser enmarcadas en tres rubros:

- 1.- Yo tengo que actuar de manera competente, y tengo que ser aprobado por las personas significativas para mi.
- 2.- La gente tiene que amarme, y tratarme con amabilidad, consideración y justicia.
- 3.- Las condiciones bajo las cuales yo viva tienen

que ser fáciles y remuneradoras, no tienen que ser molestas, indeseables o inconvenientes.

Estas demandas o creencias irracionales ocasionan de manera correspondiente los siguientes trastornos. Así para el grupo *

* 1.- Sentimientos de ansiedad, depresión, culpabilidad, lástima, minusvaloración.

* 2.- Hostilidad, ira, resentimiento, homicidio, genocidio. Y;

* 3.- propicia conductas disfuncionales (p.e. adicción, postergación, inercia, etcétera.), y sentimientos de autocastigo, depresión, irritabilidad y enojo.

Las personas que creen en ideas como deber estar bien y ser amado, tener que ser bien tratado por los demás, y necesitar condiciones favorables y agradables de la vida, siempre dan lugar a tres irracionalidades más:

1) Es terrible cuando no hago las cosas como debo o los demás no me tratan como deberían, esto es terrible.

2) Yo no puedo soportar que las condiciones no sean tan buenas para mi como tienen que ser. Yo no puedo

tolerarlo. Y es posible que muera porque las condiciones son así. Y;

3.- Quizá yo no valga la pena porque los demás no me aman como deberían, yo soy una persona pésima, un caso perdido que no merece nada en la vida. (Ellis y Abrahams 1986).

Por lo tanto si se muestra a los pacientes que ellos mismos son responsables de sus perturbaciones por sus creencias irracionales. Si ellos usan el método científico (lógico-empírico) de romper con sus propios pensamientos que les sabotean, entonces tienen la capacidad de terminar con sus trastornos acerca de virtualmente todas las cosas y para vivir una vida tan feliz como sean capaces de vivir cuando afronten con realidad sus límites y frustraciones. La TRE muestra como ocurren dichos disturbios mediante una teoría; del A-B-C. Así:

Según Ellis y Windy (1989):

* A * Son los acontecimientos activadores o desencadenantes, son acontecimientos corrientes, o las propias conductas, pensamientos o sentimientos de una persona ante esos hechos, pero

se hallan envueltos en recuerdos o pensamientos de experiencias pasadas. Los A no existen en estado puro, casi siempre interactúan unos con otros e incluyen parte de B y C, además las personas ponen algo de sí mismas en las A's (sus pensamientos, sus metas, deseos, y tendencias fisiológicas).

* B * (porque en inglés se escribe belief),
 Creencias, sobre los acontecimientos activadores; las personas tienen innumerables creencias -cogniciones, emociones, e ideas-, sobre sus acontecimientos activadores (A) y estas creencias ejercen una fuerte influencia sobre sus consecuencias (C) cognitivas y conductuales. Aunque parezca que A es causa de C, esto casi nunca es verdad ya que B, sirve como mediador entre A y C, por lo tanto B es causa o crea de manera más directa la C. Todas las personas analizan sus A's desde su particular punto de vista, y juzgan o experimentan los A's a la luz de sus creencias sesgadas, así como a la luz de sus consecuencias emocionales C.

Las B pueden tener formas diferentes ya que cada persona tiene cogniciones diferentes. Sin embargo, en la TRE el interés se centra en las creencias racionales responsables de conductas de

autoayuda, y las Creencias Irracionales (Bi) que conducen a comportamientos de autodestrucción -y destrucción de la sociedad-

* C * CONSECUENCIAS de los acontecimientos activadores y de las * B * (creencias) sobre esos acontecimientos. La C sigue de la interacción de A y B. C Casi siempre está influida y afectada pero no exactamente causada por A. Porque los seres humanos por naturaleza reaccionamos a los estímulos dentro de un medio, y lo que es más, cuando A tiene mucho poder (p.e. un terremoto, o condiciones de vida desfavorables), tiende a afectar profundamente a C.

 Cuando C consiste en una alteración emocional (p.e severos sentimientos de ansiedad, depresión, hostilidad, autocompasión.), la causante más directa suele ser B -aunque no siempre-. Sin embargo hay alteraciones emocionales que a veces pueden surgir de una A por desastres ambientales o naturales, como la guerra, o las inundaciones.

 Siempre que algo nocivo ocurra al individuo en el punto A (activador) y se sienta emocionalmente perturbado en el punto C (consecuencia), él casi

invariablemente se convence a sí mismo de dos cosas radicalmente opuestas en el punto B. Si es una Creencia racional dirá; "definitivamente no me agrada este evento activador, quisiera que no existiera". Si él permanece con esta creencia no se sentiría tan perturbado o desorganizado pero si sentiría tristeza, pesar, irritación y frustración. Mientras que si el individuo se siente perturbado en el punto C, seguramente habrá una Bi, creencia irracional, pensará "no puedo tolerar este evento activador, es terrible que exista, no debería ocurrir, no valgo nada por no saberlo prevenir o deshacerme inmediatamente de esto".

A este grupo de Creencias, Ellis las considera inapropiadas porque:

- 1.- Estas no pueden ser validadas o desaprobadas empíricamente por ser asunciones mágicas.
- 2.- Llevan a consecuencias emocionales innecesarias y displacenteras tales como; ansiedad severa, depresión, etcétera. Y;
- 3.- Más que ayudar al individuo a enfrentar el evento activador, y cambiarlo o eliminarlo -como el grupo de creencias racionales le ayudan a hacer-

el sistema de creencias irracionales casi siempre interfiere con el cambiar o eliminar el suceso nocivo en el punto A y es muy frecuente que ayude a exacerbarlo.

La TRE postula además que si las personas se adhieren a una filosofía de obligaciones, tenderán a llegar a unas conclusiones irracionales derivadas de esos "TENGO QUE" y "DEBO". Estas derivaciones se clasifican como irracionales porque también sabotean los propósitos y metas básicas de una persona.

La primera derivación importante se conoce como "TREMENDISMO", ocurre cuando un suceso lo valoramos como malo en un 100%, una conclusión exagerada que se deriva de la creencia "ESTO NO PUEDE SER TAN MALO COMO PARECE".

Su derivación Racional -alternativa- sería: Evaluar o analizar lo negativo. Así, si una persona no consigue lo que quiere, reconoce que es malo pero no clasifica una situación como horrible. En general, para una persona que vive la filosofía del deseo, cuando más fuerte sea éste -el deseo-, mayor será la desilusión si no consigue lo que quiere.

La segunda derivación se la conoce como "NO

SOPORTANTITIS", significa que no se puede experimentar nunca felicidad alguna bajo ningún tipo de condiciones, en el caso de que un acontecimiento "no deba pasar" y ocurre, o amenaza con ocurrir.

Su alternativa -racional- sería la "TOLERANCIA". La persona reconoce que: 1) Le ha sucedido -o le puede suceder- un acontecimiento indeseable; 2) Cree que está dentro de sus posibilidades que sucediera. 3) Ubica el acontecimiento en un punto continuo del mal; 4) Procura aceptar la realidad si no la puede modificar. Y; 5) Empieza a perseguir activamente otras metas, aún en el caso de que no se pueda variar la situación.

La tercera derivación se llama "CONDENA", y representa la tendencia humana a clasificarse a sí mismo y a los demás como subhumano, o inservible, si él o los demás no hacen algo que "deben" o hacen algo que "no deberían" hacer.

Su derivación racional alternativa es la "ACEPTACION". La persona acepta que ella misma y las demás tienen limitaciones y que son demasiado complejas para poderles clasificar. Además las condiciones de vida se aceptan pues considera que

las leyes naturales algunas veces escapan del control de las personas. Aunque debe aclararse que aceptación no es resignación. Para la filosofía racional de la aceptación, una persona asume que todo lo que existe debe existir pero no tiene porque existir para siempre. Esto incita a la persona a que haga intentos por cambiar su realidad ya que, el que se resigna a una situación no suele modificarla.

Por otra parte, la TRE explica que las personas pueden tener creencias Racionales e Irracionales a la vez. Que los deseos pueden convertirse en exigencias con facilidad. Así, racionalmente se podría creer: "quiero que me ames" y simultáneamente creer de manera irracional: "como yo quiero que me ames, tu debes amarme".

Las emociones negativas apropiadas se asocian con las creencias irracionales. A continuación se mencionan emociones negativas apropiadas que Ellis & Windy (1989) citan en "La práctica de la TRE"

* INQUIETUD vs ANSIEDAD. La inquietud es una emoción que se asocia con la creencia "Espero que esto no suceda, y sería mala suerte que sucediera" mientras

que la ansiedad aparece cuando la persona cree "esto no debe ocurrir y sería espantoso que ocurriera."

TRISTEZA vs DEPRESION. Se considera que hay tristeza cuando alguien cree: "he tenido mala suerte por haber sufrido esta pérdida pero no hay razón por la que esto no debiera haber pasado". Y por otro lado la depresión se asocia con la creencia "no debería haber sufrido esta pérdida y es terrible que haya ocurrido así".

DOLOR vs CULPABILIDAD. Los sentimientos de dolor o de tristeza se producen cuando una persona reconoce que ha hecho algo malo y sin embargo se acepta como ser humano que puede fallar; la persona se siente mal por su acto pero no por si misma. Y piensa: "prefiero no hacer las cosas mal, pero si eso pasa, mala suerte". Mientras que los sentimientos de culpabilidad se producen cuando la persona se juzga a sí misma como mala, perversa por haber actuado mal. En este caso se siente mal tanto por su acto como por si misma al pensar "no debo hacer las cosas mal, y si eso ocurre es horrible y soy un tonto".

DESILUSION vs VERGUENZA. Alguien experimenta desilusión cuando se comporta de manera estúpida en público, reconoce su acto estúpido, pero se acepta a sí misma.

La persona se siente desilusionada por su comportamiento pero no consigo misma porque preferiría -pero no se obliga- a comportarse bien. Se siente vergüenza cuando alguien reconoce que se ha portado mal y se condena por algo que no debió hacer. Estas personas suelen predecir que su audiencia les va a juzgar mal. A menudo creen que deben tener la total aprobación de los demás. Esta emoción implica autodenigración.

DISGUSTO vs IRA. Se siente disgusto cuando una persona no tiene en cuenta una norma de vida de algún individuo. A la persona que se disgusta no le agrada lo que el otro ha hecho, pero no le condena por ello, pensará: "no me agrada lo que él hizo, y desearía que no hubiera ocurrido, pero no quiere decir que él pueda romper mis normas". Sin embargo en la Ira, la persona cree que el otro no debería de ninguna manera romper sus normas y le condena si lo hace.

También la **TRE** sostiene que la principal razón por la que mucha gente perpetúa sus problemas es debido a que se adhiere a una filosofía de **BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACION**. (Ellis & Windy, 1989).

4.2 APLICACIONES DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.

El carácter filosófico de la TRE le asigna un papel importante en el tratamiento de trastornos diversos.

Existen datos que prueban su efectividad en: Perturbaciones en la pareja, Terapia Familiar. (Ellis 1989). En dificultades sexuales, Clientes con problemas psicosomáticos. (Navas 1988), Personas víctimas de Violación Sexual, Personas trastornadas por alguna enfermedad grave, y por Enfermedades Terminales. (Ellis & Abrahamş 1986), (Ellis 1983).

También la TRE puede ser utilizada con propósitos preventivos y ha sido aplicada con éxito en el campo de la educación. Mediante profesores debidamente preparados, se enseña a los infantes algunos de los principios básicos de la TRE para que en el futuro no se perturben seriamente y aprendan a conducirse de una manera racional en la mayoría de sus actos.

Con respecto al trabajo con grupos, la TRE apoyada más en un modelo educacional que médico, se

ubica en favor de sesiones grupales a fin de compartir experiencias comunes. El hecho de revelar problemas íntimos ante un grupo de personas resulta, en sí mismo terapéutico ya que este tipo de apertura sirve como una experiencia útil de ataque a la vergüenza. Aunque tiene su lado riesgoso, si se trata de clientes inhibidos lo recomendable sería manejarles de manera individual).

Además la TRE favorece las charlas, talleres, presentaciones, seminarios, conferencias, y cursos entre otros. Así también favorece el uso de biblioterapia, de grabaciones, películas y videos; así como de recordatorios, panfletos, y otros métodos psicoeducativos.

Todo ello con miras a lograr que el cliente al final del proceso terapéutico sea provisto de un método de autoobservación que asegure que, por el resto de su vida continuará estando menos ansioso, deprimido u hostil.

Actualmente se intenta ayudar a los pacientes que se encuentran padeciendo enfermedades terminales y a los familiares de estos mediante el uso de técnicas de la TRE. Con la finalidad de reducir sus trastornos basados en demandas absolutistas, o

creencias irracionales que no le permiten estar bien, ni proporcionar bienestar a su familiar moribundo.

Dicha extrapolación es un intento valioso, como podrá apreciarse en el siguiente capítulo, donde se especifica la contribución de la Terapia Racional Emotiva al tema central del presente trabajo.

4.3 LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA Y SU CONTRIBUCION A LA PSICOLOGIA DE LA MUERTE.

"El ser humano es capaz de romper sus cadenas para levantarse por encima de las peores desventajas físicas e ideológicas."

José Navas 1988.

Partiendo del principio que dice: "todas las creencias pueden ser cambiadas", -aunque tal cambio no sea precisamente fácil-. Los elementos de las creencias irracionales pueden ser cambiados a través de esfuerzos activos y persistentes por reconocer, desafiar, y revisar el propio pensamiento, y por consiguiente lograr reducir la angustia emocional.

Ellis y Abrahams (1986) opinan que uno de los rasgos más valiosos para todo individuo ya sea sano, enfermo, o físicamente impedido, resulta ser la aceptación de sí mismo de manera plena, esto es aceptarse incondicionalmente ya sea que se actúe bien o mal, se gane o no la aprobación de la gente en determinadas circunstancias. Además enfatizan que la autoconfianza no se obtiene por la realización

de algo o al tener éxito en el amor, sino, por pura elección, es decir, no se necesita alguna razón, solo se elige hacerlo. Ante esta filosofía saludable, difícilmente alguien podría trastornarse por hechos inevitables como puede ser una enfermedad terminal.

Cuando la gente es presa del pánico, depresión, enojo, autocompasión con respecto al morir, o a la muerte, se halla generalmente ante creencias irracionales sobre sí mismo, los otros, y el universo. Así, alguien podría creer: "Yo no debo morir tan joven", o "Tu deberías vivir siempre a mi lado o de lo contrario moriré" ó; "Tiene que ser mentira que pronto moriré, y así sucesivamente, los ejemplos resultan interminables.

Es por ello necesario mostrar al paciente que él mismo elige la manera de pensar; que él es responsable de sus perturbaciones por creencias irracionales, y que de manera alternativa, puede modificar sus creencias si se propone romper con los pensamientos que le sabotean. Y practicar caminos de emoción y conducta antidisturbios. (Ellis y Abrahams 1986.)

Solo así se tiene la capacidad de terminar con

sus propios trastornos de virtualmente todas las cosas y para vivir una vida tan feliz como sea capaz de vivir al afrontar con realidad sus límites y frustraciones. (Ellis 1989). Además, de acuerdo con Lair op cit, "La vida es un proceso y hay que vivirla cinco minutos a la vez. Pero resulta sin sentido pensar en lo larga o corta que podría ser".

Por otro lado, la ansiedad intensa ante la posibilidad de que algún peligro ocurra, con frecuencia impide afrontarlo con eficacia cuando realmente ocurre. Al respecto, Dyer (1980), opina; "Si tu crees que sentirte mal o preocuparte lo suficiente, cambiará un hecho pasado o futuro, quiere decir que resides en otro planeta con un diferente sistema de realidad." Algunos hechos son muy temidos, como una enfermedad terminal, y la muerte al final de nuestros días. Pero es inevitable, y nada ni nadie, ni incluso la preocupación por ello evitará que ocurra. Por lo tanto, como plantea Ellis (1980), "el preocuparse por hechos inevitables, no determina que las posibilidades de que algo ocurra disminuyan y además, no solo se padecen las desventajas de los hechos tan temidos, sino que además dan lugar a

otros adicionales y a veces mucho más castrantes". El mismo autor (1981) opina que estar deprimido u hostil por la próxima muerte -propia o de un ser amado- es lo común y patológico, sin embargo lo sano y que pocas veces se lleva a cabo es sentirse adecuadamente triste y frustrado.

Muchas personas se preocupan ante la muerte por considerar que aún no han vivido, "han gastado la mayor parte del tiempo inhibiéndose ansiosamente, negándose a hacer cosas placenteras, evitando las aventuras y los riesgos, apegándose a la rutina y el aburrimiento". En consecuencia expresan "sería terrible que muriera cuando no he empezado a vivir". Ellis 1981.

Por ello la TRE no está de acuerdo en esperar pasivamente a la muerte, sino como Ellis lo manifiesta; intentar transformar la realidad, emprender nuevas experiencias, correr riesgos, y aceptar retos diferentes para continuar viviendo con calidad hasta el último momento de vida.

El percibirnos entonces como seres mortales, sin garantía de vivir eternamente, o exentos de

dolor, nos ubica en un plano racional de la existencia con reglas naturales esto es, que al considerar que indudablemente algún día moriremos, y que la muerte podría surgir de una enfermedad grave. Después de todo, en ningún lugar se encuentra escrito que no tengamos que morir o padecer enfermedades dolorosas.

Ante ello sería preferible vivir con calidad hasta el último momento sin importar la cantidad de tiempo restante.

Así, entonces desde la perspectiva de la TRE, debemos debatir los pensamientos negativos y las ideas irracionales que surgen en detrimento de un mayor bienestar emocional.

Según Ellis (1986), la preocupación, la ansiedad y el pánico proceden de una demanda poco realista de certeza, y que cuando las personas son demasiado ansiosas demandan absoluta certeza de que no recibirán daño alguno y de que no morirán antes de tiempo. Sin embargo, ello es poco práctico - pues no existe absoluta certeza en el universo. Una vez que aceptemos esto, podremos descansar y vivir sin ansiedad. Un principio básico que se maneja en

los grupos de Alcohólicos Anónimos, dicta el siguiente párrafo:

"Cambiar las cosas desagradables que se pueden cambiar en este mundo. Admitir las que no es posible cambiar; Reconocer y aceptar sabiamente la diferencia entre las dos." La muerte es una de las cosas que no pueden cambiarse, pero a cambio tenemos la capacidad de elegir la sabiduría para aceptar esa realidad. La TRE enseña a la gente a mirar y usualmente eliminar sus creencias irracionales que en gran medida son causantes de su depresión y enojo.

Dado que el principal método de terapia usado en la TRE es ayudar a los clientes a cambiar, a cuestionar, y firmemente discutir sobre sus creencias irracionales, se procede mediante el uso del método científico, ver cuáles de esas creencias son solo hipótesis o teorías, y no hechos; entonces preguntar donde está la evidencia que pruebe dichas hipótesis. Hacerle ver que tales evidencias no existen para que, finalmente abandone esas creencias.

Una de las principales ideas que la TRE intenta transmitir a los que están próximos a morir

o a punto de perder un ser amado, es que ellos realmente pueden elegir sus sentimientos, y que, ellos pueden absurdamente elegir sentimientos de ansiedad, depresión, y hostilidad. Muchos de ellos, particularmente los primeros, no aceptan esta realidad. Ellos devotamente creen que deben sentirse deprimidos cuando se les dice que son moribundos, o bien, que pueden ser inhumanos o sobrenaturales si ellos solamente sienten pesar o tristeza, pero no se deprimen.

Es decir, con gran empeño y trabajo ellos podrían no naturalmente, sino mucho más, mentalmente elegir sentirse muy triste y frustrado, pero no deprimido.

Algunas personas creen que las perturbaciones son naturales e inevitables cuando ocurren serios problemas como el enterarse de que se padece alguna enfermedad terminal. Que tales sentimientos son buenos y que deben mostrarse. Sin embargo la aparición de dichos trastornos ocasiona otros adicionales tan negativos como los primeros. Es posible que en ocasiones gane la piedad y lástima de los demás, pero también fomentará el rechazo por encontrarse en ese estado depresivo.

Por otro lado Ellis (1981), opina que la gente puede experimentar sentimientos de culpabilidad o autodepresión ante la muerte de un ser amado o bien cuando éste se encuentra en proceso de muerte. Ellos se preocupan por no haber dado antes la atención suficiente a la persona, o por no haber detectado a tiempo la fatalidad de su enfermedad; o bien por no haberle tratado bien los últimos días. La TRE ayuda a la liberación de estos sentimientos cuando les enseña a distinguir entre: 1) Actos injustos o perjudiciales, y 2) Tener que sentirse un canalla por la ejecución de dichos actos. Además de refutar las creencias que le están ocasionando el malestar por culpabilidad.

Finalmente, en el mismo artículo, el autor sugiere: "aún y cuando las cosas sean muy malas, nosotros casi siempre podemos -si no estamos dementes o no gozamos de la totalidad de nuestros sentidos-, emocionarnos con la música, la escritura, y el amor. Los presos de cadena perpétua pueden escribir libros, cuidar aves, y disfrutar un ciento de cosas. Hombres y mujeres moribundos pueden ser amigos, fantasear y soñar acerca de los placeres que

ellos nunca pudieron continuar. Casi siempre el enfermo puede descubrir con determinación y esfuerzo algunas distracciones y placeres que les conforten sus últimos momentos. Ellos pueden, si quieren, detener sus lamentos y reclamos de sí mismos y los otros que no deberían sufrir como están sufriendo." Ellis 1981 p.169 en cap. VI The therapy Rational Emotive Approach in Sobell op cit.

5 PROPUESTA DE TRATAMIENTO A FAMILIARES DE PACIENTES DESHAUCIADOS.

La revisión de los materiales que han conformado el presente trabajo, ha propiciado a la vez la elaboración de una propuesta de tratamiento para las personas que enfrentan la próxima muerte de un ser querido. Dicha propuesta se presenta a continuación:

Al considerar que los miembros de una familia son quienes crean su propia realidad debido a su visión fenomenológica de lo que en torno suyo ocurre, podría -y debería- intentarse el tratamiento de trastornos familiares mediante la transformación de las ideas que constituyen la "realidad" que una misma familia percibe y ante la que se ven afectados los integrantes; tal realidad podría ser la enfermedad terminal que cualquier miembro pudiera padecer. En términos de la TRE, esa realidad constituye una EXPERIENCIA ACTIVANTE. Sin embargo tal experiencia en sí misma no es la causante directa de todos los trastornos que sobrevienen;

sino el sistema de creencias y conceptos que reinan en ese momento en la familia.

Así, al hablar de una enfermedad crónica, o terminal, se deben tener claros los conceptos que en torno a la enfermedad se manejan en cada instancia. p.e. en la familia, en el enfermo, en el cuerpo médico, etcétera. Cuando una familia muestra aceptación de la enfermedad y la muerte como procesos naturales, probablemente no luche por prolongar la vida de su paciente a costa del sufrimiento de este, y los sacrificios diversos de la familia.

No así cuando los conceptos implican ideas irracionales, o absolutistas como podría ser; pretender que esa enfermedad no debería haber llegado al ser que amamos pues él no lo merece, o bien, que él no tiene que morir a causa de tal enfermedad, o por lo menos no ahora. Estos conceptos constituyen la base de las expectativas familiares respecto al enfermo. De ahí que la importancia de transformar la desorganización por la que atraviesa la familia ante la enfermedad o incluso la muerte de alguno de sus integrantes inicie precisamente en la transformación de las ideas irracionales

mencionadas.

De acuerdo con la TRE, cuando en la familia ocurren perturbaciones en el punto C, hay un precedente, es decir, un A ACONTECIMIENTO ACTIVADOR que puede contribuir significativamente, aunque no causar directamente C una CONSECUENCIA, pues como ya se dijo anteriormente, son las ideas -B- las que constituyen el sistema de creencias familiares, -tanto grupales como individuales-. Esto es B, donde se incluyen órdenes o expectativas absolutistas perturbadoras e irrealistas sobre: 1) Sí mismo, 2) Los demás, y 3) El mundo.

Sin embargo cuando las personas refutan y DISCUTEN en el punto D sus creencias irracionales de manera lógica, empírica, y racional, las consecuencias perturbadoras podrán minimizarse o eliminarse.

Se recomienda buscar entre los miembros de la familia, al menos afectado ya que, como establece la TRE, son éstas personas las que pueden asimilar mejor los principios que van a ayudar a la familia a analizar sus demandas e ideas para llegar a aceptar

la enfermedad e incluso la muerte como hechos de la naturaleza.

Entre los principales objetivos que se buscan al tratar a la familia de pacientes enfermos terminales destacan los siguientes:

1.- Ayudar a los familiares a ver que han estado perturbados por algún motivo, y que están en la oportunidad de no trastornarse tanto por ello sin importar cual sea el motivo.

2.- Animar a padres e hijos a mostrar sentimientos de tristeza, dolor, frustración, y disgusto cuando no ocurre lo que ellos deseaban. Pero mostrar determinación para cambiar dichas situaciones cuando puedan cambiarse, o bien, aceptar las que no tienen alternativa.

3.- Aprender a manejar no solo las crisis actuales que aquejan a la familia, y no trastornarse por ellas, sino que también lleguen a darse cuenta de que no importa lo que suceda a ellos y a sus pacientes más cercanos, en el futuro adoptarán una postura racional emotiva de aceptar las cosas con un menor grado de trastornos.

Así, sería importante reconocer el suceso de la muerte o la enfermedad como algo que ocurre,

comprender que está ahí, aceptarla, y hacerle frente por ser un problema. Luchar por transformar esa realidad hasta el último momento y esfuerzo pero adoptando una postura sana y evitar perturbaciones por lo que no es posible modificar.

Sería recomendable adquirir y apropiarse del concepto de muerte desde la más temprana edad que fuera posible. Proporcionando al niño explicaciones claras al respecto de ella, incluso ejemplificarla al ver morir una mascota para que el niño extrapole a sus conceptos uno más, el de la muerte. Propiciar la manifestación de sus dudas y opiniones, sin que el adulto anteponga juicios o creencias, e informarle que todos algún día moriremos.

Considerando que la muerte es un hecho inevitable y que poco o nada se puede hacer para evitar que ocurra una vez que se hace inminente. Lo conveniente sería aceptar la próxima retirada nuestra, o de nuestros seres amados. Hecho que se dice fácil de realizar, sin embargo está claro que aquí y ahora bajo las condiciones que imperan en nuestro país, aún no sabemos dar a la muerte su lugar correspondiente. Debido acaso a la composición

de nuestro sistema de creencias.

El sistema de creencias que opera en la familia -tanto grupal como individualmente-, es un factor determinante entre la muerte y su real aceptación. Pues no son los hechos ocurridos precisamente los que ocasionan los trastornos sino la manera de asimilarlos en función de las creencias.

El suceso de la muerte como toda adversidad, origina múltiples y variadas creencias irracionales, que redundan en trastornos emocionales de índole diversa, mismos que han sido planteados en los anteriores capítulos. Sería favorable que el terapeuta muestre empatía y respeto por los sentimientos familiares. Así, un primer paso del que se puede emprender el tratamiento, lo constituyen la integración y la intercomunicación entre los miembros familiares.

Suele ocurrir entre los efectos -que padecen los familiares de pacientes con enfermedades terminales- una gran desorganización, que en ocasiones redunda en problemas de comunicación.

Ello evidencia lo ventajoso que resultaría el

establecimiento de una comunicación "diferente" a la que reinaba en el hogar antes de llegar la enfermedad terminal. Así, dicha enfermedad podría ser vista como un evento coyuntural para la manifestación de sentimientos, pensamientos, y emociones que en otros momentos sería difícil comunicar. Propiciar la expresión franca y sencilla de lo que en esos momentos aqueja tanto al paciente terminal como a cada uno de sus familiares.

Mostrando interés por dichas expresiones en todos los miembros -desde el más pequeño, al mayor- y permitiendo a la vez que cada uno sea capaz de analizar la experiencia de la muerte a la luz de sus propias creencias. P.e. un niño podría expresar lo siguiente: "te quiero mucho mamita y no quisiera que te murieras porque me gustan los postres que nos preparas". Propiciar el contacto físico por considerarlo una necesidad primordial en todo individuo sano o enfermo; acariciarse y abrazarse cada vez que sea posible.

También sería recomendable ventilar y expresar todos los temores, llorar juntos, y compartir las penas; y si lo requieren, golpear objetos o gritar.

El segundo paso consiste en la DETECCIÓN de

de creencias irracionales al respecto de la próxima muerte. P.e. alguien podría expresar: "él no debe morir pues yo nunca volvería a ser feliz". El primer error en la oración anterior lo constituye la demanda absolutista e irracional: "no debe morir", por basarse en una irrealidad; está a la vez demandando una absoluta certeza de que no morirá, además afirma que su felicidad se funda únicamente en la no-muerte de su ser amado. Lo que significa negar toda posibilidad de bienestar ante cualquier situación en cualquier momento.

Por ello sería recomendable no construir el futuro en demandas absolutas ante un acontecimiento por excelencia natural e inevitable; la muerte. En contraste podría creerse -racionalmente- ; "él está muy enfermo, y puede morir; ante esto lo único que puedo hacer es aceptarlo e intentar sentirme bien para que el también lo haga, y procurarle tanto bienestar como me sea posible mientras estemos juntos" ..

El tercer paso consiste en aprender a DISTINGUIR entre creencias racionales e irracionales. P.e. alguien podría creer "yo no puedo aceptar que mi pareja haya muerto; desde que él

murió, yo no quiero involucrarme sentimentalmente con alguien más. Creo que no podré mantener sola a mis hijos. Estoy muy triste porque él realmente me ayudaba y es el único hombre que quiero a mi lado o de lo contrario no me sentiré bien."

En el ejemplo se hallan presentes ideas tanto racionales como irracionales, al primer grupo pertenecen: "Creo que no podré mantener sola a mis hijos", y; "estoy muy triste porque él realmente me ayudaba"

La persona del ejemplo manifiesta tristeza al reconocer que ya no cuenta con la ayuda de su esposo, y probabiliza -no asegura- que le será difícil mantener sola a sus hijos. Estas creencias le conducen a la vez a mostrar sentimientos de frustración y arrepentimiento debido a la pérdida. Sin embargo existen también las creencias irracionales:

"Yo no puedo soportar que mi pareja halla muerto". "Desde que él partió no quiero involucrarme con alguien", "el es el único que quiero a mi lado o de lo contrario no me sentiré bien".

Dichas ideas denotan irracionalidad en tanto la mujer solo se sentiría bien si su hombre

retornase a la vida, -absolutamente irracional- También dice que no puede soportar que su pareja halla muerto -y lo está contando-, etcétera. Lo recomendable sería focalizar los deseos y evitar que se conviertan en deseos intensos o demandas absolutistas que conducen al padecimiento de otros trastornos además.

El cuarto punto consiste en el CUESTIONAMIENTO o refutación de dichas ideas irracionales. Así de acuerdo con el ejemplo anterior, podría autocuestionarse: ¿realmente no puedo soportar que él haya muerto?, ¿hay evidencia que deba ser insoportable para todas las mujeres el hecho de perder a su esposo?

Yo puedo sentir tristeza, pero decir que no puedo soportarlo, es una irrealidad pues estoy viva, y deseo seguir viviendo, por mí y por mis hijos, a quienes hago falta a pesar de lo difícil que pueda ser realizarlo sola.

¿Realmente es verdad que no me sentiría bien al lado de otro hombre?, creo que es erróneo predecirlo, además no hay evidencia que pruebe que yo no deba ser feliz pues aunque haya querido ya, eso no impide que yo pueda conocer a alguien y llegemos a

comprendernos.

El quinto paso consiste en la ELECCION DE SENTIMIENTOS PROPIOS. Ya que dentro de la TRE se busca evitar los trastornos emocionales, un propósito para lograrlo, es la elección de sentimientos propios. Si lo común cuando alguien va a morir, es mostrar sentimientos negativos como la pena y el dolor intenso, depresión, ansiedad, y autculpa. Ocasionando con ello trastornarse más aún. Lo contrastante y que rara vez se lleva a cabo es sentirse adecuadamnte triste y frustrado pero no deprimido, es decir que podemos comprender la inconveniencia de la pérdida pero no como algo insoportable.

Es posible que la aparición de sentimientos negativos se deba al contexto social en que se encuentra el paciente moribundo, y que los familiares responden con sentimientos que socialmente sean "bien vistos" sin importar sentirse individualmente mejor.

Puesto que la capacidad de elegir está dentro de nosotros mismos, es ya tiempo de desafiar los sentimientos negativos, y elegir sentirnos tristes pero no deprimidos.

El sexto paso consiste en SEÑALAR LAS DESVENTAJAS DE LAS PERTURBACIONES. Algunas personas comprenderán como ventajosa la demostración de sentimientos negativos, por creer que su destino o fuerza poderosa los obliga a sufrir de tal manera. Y ellos deben asumir dicho rol. Actitud que lejos de ayudar, perjudica al doliente pues, al mostrar dichos sentimientos, nada se puede hacer por ayudarse a sí mismo y menos ayudar a su enfermo. En su lugar deberían tener bellos y agradables pensamientos en conjunto, y evocar las situaciones más agradables que le permitan morir tranquilamente, y lo que es más importante, guardar energías para cuando ocurra el deceso y afrontar adecuadamente lo concerniente al mismo. Con actitudes, conductas y sentimientos apropiados, evitando al máximo los sentimientos negativos que tanto perjudican al deudo como a los que le rodean -y que a la vez generan la evitación de encuentros con él por inspirar solo piedad y lástima-.

El séptimo aspecto consiste en EMPRENDER UNA FILOSOFIA SIN PERTURBACIONES. Para lograrlo es necesario transformar lo que sea posible a fin de favorecer el bienestar físico y emocional. Aceptar

de buen modo lo que no podemos transformar, sin que ello llegue a afectar la visión positiva ante las circunstancias más adversas que la vida depare. Y aprender a distinguir entre ambas.

Finalmente comprender que aún y cuando ocurran las peores fatalidades, alguien puede emocionarse con la música, la lectura, los animales, o simplemente sus fantasías. Entre otras cosas, el sobreviviente debe ¡EMPRENDER NUEVOS RETOS!

*** CONCLUSIONES ***

Este trabajo ha pretendido brindar una propuesta de "afrentamiento" para las personas que muestran perturbaciones ante la proximidad de la muerte de un ser amado.

La propuesta constituye un esfuerzo de análisis centrado en la concepción pasada y actual sobre los problemas que aquejan al hombre ante la muerte.

Y en esta parte -última del trabajo- no solo se pretende brindar el acopio del contenido total del mismo sino, además, reflexionar sobre el lugar que hemos dado a la muerte en nuestros pensamientos, actitudes y actos.

En realidad, el evento "Muerte" es un todo complejo, y la problemática que desencadena consecuentemente, es compleja. No es asunto fácil intentar cambiar las cogniciones hacia ella; sobre todo cuando hay una historia y una realidad imperante que no lo propician.

No obstante, se debería intentar al menos

reducir los trastornos que se suceden cuando la muerte adquiere carácter inminente en algún miembro de la familia.

El presente trabajo no constituye la panacea que intente solucionar todos los trastornos que la muerte ocasiona a los familiares y sobrevivientes; sin embargo constituye la vanguardia de futuras investigaciones aplicadas que aborden el tema. Por su carácter -teórico-, el trabajo no satisface la interrogante de su efectividad total, aunque debido a los tópicos que trata y a su exposición, puede ser considerado el inicio de inquietudes que enriquecerán el tema para lograr una real y positiva aceptación de la muerte.

Un aspecto medular de este trabajo es el conocimiento de las actitudes que se tienen ante la muerte y la manera como socialmente se han tipificado. Esta "socialización" de conductas ante la muerte redundan en la pasividad del individuo y su potencial transformación. Ante el cuestionamiento de los cánones que establecen como necesario mostrar dolor y lamentación por los hechos que ocurren de manera natural como la muerte. Y no propiciar la

manifestación de sentimientos "propios", "diferentes" que no son bien vistos, pero que no dañan al individuo tanto como los socialmente aceptados.

Un aspecto digno de considerar es la casi total carencia de investigaciones con respecto a la muerte en México, lo que nos mantiene al margen de los hechos. Podría decirse que la problemática de la muerte es de entrada un complejo, y por lo tanto, el abordaje con pacientes que atraviesan por la proximidad de la muerte -suya o de un ser querido- indudablemente muestran un perfil, que desde luego no es ampliamente generalizado pero que a la vez podría arrojar datos sobre el síndrome del paciente mexicano ante el problema susodicho.

Así, sería más factible implementar un ambicioso programa que intentara prevenir perturbaciones, o reducir trastornos. Es difícil hablar de una eliminación de los trastornos que la muerte ocasiona en la familia, por eso se habla de una reducción.

Por otro lado pueden considerarse las

siguientes propuestas en los niveles social, familiar e individual.

Así, una propuesta social implicaría la inserción del concepto de muerte con sus consecuencias desde la más temprana edad como fuese posible. Así como el desarrollo de la capacidad que permitiera una percepción positiva con miras a un mejor afrontamiento.

Por otro lado, es necesaria la sensibilización del cuerpo médico y en general las personas que laboran en hospitales, con la finalidad de que estos brinden un verdadero apoyo al paciente y a su familia; recordar que el enfermo próximo a morir, no es el "432", o el "urémico", sino un ser humano con dignidad, con derechos de ser humano, durante su vida y hasta el último instante de ésta.

Referente al nivel familiar se recomienda la conservación de la calma al máximo posible, esto es, procurar ver la enfermedad del ser que amamos como la oportunidad de demostrar el amor, apoyo, y comprensión en la medida que nunca antes expresamos. Recordar que son pocos los momentos que restan al ser amado y vivirlos plena e intensamente.

Una vez que el deceso ocurre, se debe permitir que el deudo se manifieste hablando, gritando, golpeando, etcétera, hasta que aclare sus pensamientos y ordene sus ideas. Que la familia y las amistades no caigan en el error de evitar o cambiar el tema, sino todo lo contrario, apoyarle y de ser posible escucharle -en ocasiones basta escuchar al afligido para que este experimente alivio- a fin de propiciar su recuperación, así como la negociación con su pérdida.

Aquí concluye el presente trabajo, esperando que su contenido genere las dudas suficientes para emprender nuevas y variadas investigaciones sobre el tema que nos ocupa. Hay un largo camino que recorrer en lo que a las emociones, actitudes, y conductas ante la muerte se refiere.

*** BIBLIOGRAFIA ***

1.- ADER, R. "Psichoneuroinmunology". Academic Press. New York 1981.

2.- AXLINE, V. "Dibs en busca del YO". Ed. Diana, México, 1989.

3.- BEAUVOIR, S. "Una muerte muy dulce". Ed. Hermes, México, 1988.

4.- BECKER, E. "El eclipse de la muerte". Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1977.

5.- BENEDETTI, M. "La muerte y otras sorpresas". Ed. Siglo XXI Editores. México, 1988.

6.- BOWLBY, J. "La pérdida afectiva: Tristeza y depresión". Ed. Paidós. Argentina, 1983.

7.- BÜHRER, M. "Atención espiritual de los enfermos". Ed. Guadalupe, Argentina, 1979.

8.- COLMENARES, E. "Terremoto...Septiembre Rojo". Ed. Libra, 4a. Ed. México, 1986.

9.- COOPER, D. "La muerte en la familia". Ed. Ariel, España, 1976.

- 10.- CRAIG, G. "Agonía y muerte". Cap. 21 en "Desarrollo Psicológico". Prentice Hall, Hispanoamérica. 1985.
- 11.- DESATNIK, O. y CONTRERAS, O. "Una propuesta de organización ante situaciones de desastre". en; Umbrales. Revista de la ENEP-Iztacala, UNAM. vol.1,1989. México.
- 12.- DYER, W. "Tus zonas erróneas". Ed. Grijalbo, España, 1980.
- 13.- ELLIS, A. "Reason and Emotion yn Psychoterapy". Secaucus, N.J. Lyle Stuart and Citadel Press, 1962.
- 14.- ELLIS, A. "Razón y Emoción en Psicoterapia". Ed. Descleé de Brower. S.A. España. 1980.
- 15.- ELLIS, A. (1981) Cit en SOBELL, op cit.
- 16.- ELLIS, A. & ABRAHAMS, E. "Terapia Racional Emotiva". Ed. Pax. México, 1986.
- 17.- ELLIS, A. & WINDY, D. "Práctica de la Terapia Racional Emotiva". Biblioteca de Psicología. Descleé de Brower. España, 1989.

- 18.- FARBEROW, N. & SHNEIDMAN, E. "Necesito ayuda".
Ed. Prensa Médica Mexicana. México,
1969.
- 19.- FABRICANT, S., LINN, D. y LINN, M. "Sanando las
relaciones con bebés nacidos muertos, y
abortados". Librería Parroquial de
Clavería. México, 1986.
- 20.- FALUS, J. "La muerte: Entendiendo su
naturaleza". Médico moderno, vol.
XXVII, No. 8. Ed. Mexicana de
Información y Comunicación. Abril de
1989.
- 21.- FERNANDEZ, A. y MORALES, F. "Psicoterapia de
grupo para el manejo del duelo en la
pérdida perinatal". Perinatol. Reprod.
Hum. vol. I. No. 3. Julio-Septiembre
de 1987. Instituto Nacional de
Perinatología. México.
- 22.- FREUD, S. (1915), cit. en MAHONEY op cit.
- 23.- GORER, G. "Death: Meaning and morality" in
Christian Thought and Contemporary
Culture. Seabury Press 1969.
- 24.- GUARDINI, R. "La aceptación de sí mismo".
Librería Parroquial. México, 1959.

- 25.- HAWLEY, L. "A family guide: to the rehabilitation of the severely Head-Injured Patient". Healthcare International Inc. 1989.
- 26.- HOLZER, H. "Superviventes de la muerte". Ediciones Nacionales Círculo de Lectores. Colombia 1980.
- 27.- KALISH, (1980), cit en VINCENT op cit.
- 28.- KUBLER-ROSS, E. "On death and dying". Macmillan Publishing Co. Inc. Englewood Cliffs, New Jersey, 1975.
- 29.- KUBLER-ROSS, E. "Una luz que se apaga". Ed. Pax. México 1986.
- 30.- LAIR, J. "No soy gran cosa pero soy todo lo que tengo". Ed. Diana. México, 1990.
- 31.- LEPP, I. "Psicoanálisis de la muerte". Ed. Carlos Lohlé. Buenos Aires, Argentina 1967.
- 32.- LEWIS, O. "Una muerte en la Familia Sánchez". Ed. Grijalbo, 3a. Ed. México, 1982.

- 33.-LIEBERMAN, R. "Behavioral Approaches to family and Couple Therapy". In G.D. Erickson and T.P. Hogan (Eds). Family Therapy: An Introduction to theory and technique. New York, Jason Aronson, 1976.
- 34.- MAHONEY, M. "Cognición y Modificación de Conducta". Ed. Trillas. México, 1983.
- 35.- MARCOVITZ, E. "What is the meaning of death to Dying Person and his survivors?". Cap. 7 in Death. Seabury Press 1971.
- 36.- NAVAS, J. "Proceso e inovaciones de la Terapia Racional Emotiva: Una visión cognitiva-Conductual. Jay-Ce Printing. Puerto Rico, 1988.
- 37.- OJEDA, D. "Programa de planeación Pre-retiro" Tesis Facultad de Psicología, UNAM, México, 1984.
- 38.-PAPALIA, D. "Sally Wend Kos Olds". Cap. 18: "El final, la muerte". Mac. Graw Hill. N.Y., 1985.
- 39.- PARKES, C. Murray Bereavement. New York: International Universities Press. 1972.

- 40.- PAVLOV, I. (1955), cit en MAHONEY op cit.
- 41.- PEREDA, M. "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". Tesis, ENEP-Iztacala, UNAM. México 1988.
- 42.- PEREZ, L. "Muerte y Neurosis". Ed. Paidós. Argentina. 1965.
- 43.- PHILLIP, A. (1963), cit en VINCENT op cit.
- 44.- PUYUELO, R. "La ansiedad infantil". Ed. Herder,
- 45.- RAMOS, F. SANCHEZ-CARO, J.M. y SANCHEZ-CARO, J. "La muerte: Realidad y misterio". Ed. Salvat, Aula Abierta Salvat. Madrid, 1986.
- 46.- ROWE, D. "La construcción de la vida y de la muerte: Dos interpretaciones". Fondo de Cultura Económica. México, 1989.
- 47.- ROBLES, T., EUSTACE, R.M. y FERNANDEZ, M. "El enfermo crónico y su familia". Ed. Nuevo Mar. México, 1987.

- 48.- SAHAGUN, B. "Historia general de las cosas de la Nueva España". Ed. Porrúa, CPE Sepan Cuantos. México, 1979.
- 49.- SILVA, V. y KAMINO, O. "Religión y actitud hacia la muerte en un grupo de ancianos". Tesis Facultad de Psicología, UNAM. México 1988.
- 50.- Enciclopedia Didáctica Ilustrada. "La actitud frente a la muerte". Salvat Editores. España, 1985.
- 51.- SOBELL, J. "Behavior Therapy in therrminal care" A Humanistic Approach, Ballinger Publishing Company. Cambridge, Masachoesetts, 1981.
- 52.- SOLER, M.C. "Como enriquecer la tercera edad". Ed. Argos Vergara. México 1979.
- 53.- SUDNOW, D. "La organización social de la muerte". Ed. Tiempo Contemporáneo. Argentina, 1971.
- 54.- THOMAS, J. "Les maladies psychosomatiques". Ed. Hachette, París, 1989.
- 55.- TOLSTOI, L. "La muerte de Iván Ilich, y otros cuentos". Ed. Concepto. México, 1981.

56.- TOYNBEE, A. y KOESTLER, A. "La vida después de la muerte". Edhasa, 4a. Ed. España, 1980.

57.- VINCENT, L. "Antropología de la muerte". Fondo de Cultura Económica", México, 1983.

58.- WEISMAN, A. "On dying and denying". New York: Behavioral Publications, 1972.

59.- WESTHEIM, P. "La calavera". Lecturas Mexicanas. Fondo de Cultura Económica. México 1985.

60.- WOLFENSTEIN, M. "Disaster: A psychological Essay. New York: Free Press, Mac Millan, 1957.

61.- WOLMAN, B. "El niño ante el temor y el miedo". Lasser Press Mexicana, s.a. 6a. ed. México, 1983.

62.-ZILBOORG, G. "Fear of death" Psychoanalytic Quarterly. New York, 1943.