



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"IZTACALA"

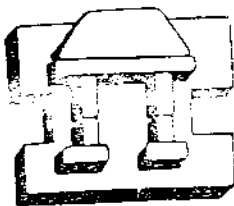
LA INFLUENCIA DEL ANALISIS DE LA MUERTE
SOBRE LA CALIDAD DE VIDA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
CEREZO RESENDIZ SANDRA

SINODALES:

LIC. ANGEL ENRIQUE ROJAS SERVIN
LIC. JOSE ESTEBAN VAQUERO CAZARES
MTRA. E. M. MARISELA RAMIREZ GUERRERO



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, ESTADO DE MEXICO

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por brindarme la salud y las habilidades para poder alcanzar esta meta, por guiar mi camino hacia el bienestar personal, y por permitirme experimentar la gran satisfacción de terminar una profesión

A mis Padres y Hermanos

Por motivarme a terminar mis estudios, por no dejarme vencer ante las adversidades por todo su cariño y confianza. Especialmente a ti mamá, por haber luchado a mi lado para alcanzar esta meta, y a ti papá por continuar en mi camino, esta tesis también es tuya.

A mis Padrinos

Rosalinda y Juan Ignacio

Por todo el apoyo que me brindaron a lo largo de mi vida escolar y por el apoyo moral cuando más lo necesité. Espero que Dios los recompense por todo lo bueno que le brindaron a mi familia.

Al Sacerdote José González

Por ayudarme a encontrar el camino para cooperar en la felicidad y bienestar de mis semejantes

Al Lic. Julio Zepeda

Por guiarme en el análisis y reflexión para desarrollarme personal y profesionalmente, por preocupar la salud y bienestar de toda mi familia. Gracias infinitamente

A mis Asesores

Lic. Enrique Rojas

Por permitirme desarrollar esta idea con la base de tus conocimientos, por tu apreciable apoyo a lo largo de mi carrera. Gracias porque esta idea también es tuya

Al Dr. Alejandro Luja y su esposa

Dra. Martha González

Por todo su apoyo incondicional, por compartir conmigo sus experiencias profesionales y por sus valiosas recomendaciones para que hoy vea esta meta realizada. Que Dios los bendiga.

A mis Padrinos

Vicky y Salvador

Por ayudarme desde pequeña a continuar con mis estudios pese a las adversidades, por su interés y apoyo para cumplir ésta meta.

A mis Tios

Bertha Maya y Julián Reséndiz

Por impulsarme a terminar mis estudios, por creer en mí y por todo el amor y apoyo que me recibieron de ustedes a lo largo de toda mi vida. Siempre los tengo en mi corazón

A la Sra. Malenita

Por su confianza apoyo y cariño, que son recíprocos y que nunca olvidaré.

A la Sra. Ma. Luisa

Por todo el apoyo y aprecio que me ha brindado

Lic. Esteban Vaquero

Mtra. E. Ma. Marisela Ramírez

Por sus recomendaciones, y colaboración para lograr ver esta meta llegar a su fin

A la vida

UN DESMOROSAMIENTO

*La muerte no precisa llegar hasta nosotros,
Viene de dentro,
Viene de la primera sombra reflejada en los ojos,
La muerte va contigo, te interrumpe los besos,
¿de premio
Los labios se te cansan,
Se te enfrían se van quedando cada vez más cortos,
Con un encandimiento de ceniza vamos viviendo todos,
La vida te acrecienta hora tras hora
La muerte te interrumpe poco a poco;
Te interrumpe las manos, te interrumpe los ojos
Y sientes carne adentro
Un desmoronamiento silencioso,
Un
des
mo
ro
na
da
men
to,
De modo, tiempo y p'vo.*

Luis Rosales (en Clarín, 8/1981)



*Si después de morir queréis escribir mi biografía
No hay cosa más sencilla
Tiene solo dos fechas:
La de mi nacimiento y la de mi muerte.
Entre una y otra
Todos los días son míos.*
Pessoa (en Fontanot, 1994).

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
CAPITULO 1: EL ESTILO DE VIDA	
1.1. CONCEPTO DEL ESTILO DE VIDA	3
1.2. ELEMENTOS DEL ESTILO DE VIDA	14
1.3. ANTECEDENTES HISTORICOS DEL ESTILO DE VIDA	25
1.4. LA RELACION DEL ESTILO DE VIDA CON LA SALUD Y LA ENFERMEDAD	32
CAPITULO 2: LA CALIDAD DE VIDA	
2.1. CONCEPTO DE SALUD	38
2.2. ANTECEDENTES HISTORICOS DEL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA	42
2.3. CONCEPTUALIZACION DE LA CALIDAD DE VIDA	50
2.4. ELEMENTOS QUE CONFORMAN LA CALIDAD DE VIDA	60
CAPITULO 3: LA MUERTE	
3.1. ASPECTOS CULTURALES	67
3.2. ASPECTOS TEMPORALES	68
3.3. ASPECTOS RELIGIOSOS	72
3.4. ASPECTOS CONCEPTUALES	78
3.5. SENTIMIENTOS ANTE LA MUERTE	85
3.6. CAUSAS DE MUERTE	92
CAPITULO 4: MODELOS PARA ELEVAR LA CALIDAD DE VIDA	
4.1. MODELO DE MICHEL DOMIT	98
4.2. EL MODELO SUECO DEL BIENESTAR	112
4.3. MODELO DE VIAMONDI	113
CONCLUSIONES	125
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	132
ANEXOS	137

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo el realizar un análisis histórico conceptual de la muerte y su relación sobre la calidad y los estilos de vida. Para ello, se analizan los elementos que conforman los estilos de vida (específicamente el Modelo de las 7 Esferas que incluye: Indicadores-Activadores, Aprender-Percebir, Actuar, Biología, Pensar-Conocer, Sentimientos-Relaciones y Resultados), el concepto y las características de la calidad de vida (Medida de Vida, Estilo de Vida, Bienestar, etcétera), así como los aspectos relacionados con la muerte (cultura, religión, ubicación en el tiempo, sentimientos, entre otros).

Por último, se exponen tres modelos que explican diversas formas para elevar la calidad de vida, destacando aspectos como Amar, Ser, Hacer, Tener, Actitudes Positivas, Nutrición, Actividades, Creencia, entre otras. Se concluye que a partir de la reflexión y el conocimiento sobre la muerte, se puede hacer conciencia sobre el sentido de la vida y de esta manera modificar el estilo de vida hacia una forma más saludable para lograr alcanzar la felicidad, la satisfacción y el goce de la vida, lo cual es el objetivo primordial de los individuos.

INTRODUCCIÓN

La vida cotidiana es un tema que ha causado numerosas interrogantes para las cuales se han realizado diversas investigaciones, ya sea en el aspecto económico, social, o de salud, etcétera. No obstante, éstas se han presentado de forma limitada, ya que, para Ruiz (1984), desde nace tiempo se clasifica a la gente siguiendo criterios sociodemográficos, socioeconómicos y socioprofesionales, funcionando de esta forma los sondeos de opinión, de consumo, electorales, etcétera. Estas variables son útiles pero parciales, debido a que únicamente clasifican a la gente en función de sus condiciones de existencia más superficiales.

Esto muestra que la vida cotidiana implica una investigación muy amplia, ya que, según Heller (1977, en Ruiz, 1984), "La vida cotidiana es considerada como el conjunto de actividades que caracteriza la reproducción de los hombres particulares, los cuales, a su vez, crean la posibilidad de la reproducción social" (pag. 278). Lo anterior indica que toda persona necesita desarrollar su vida cotidiana, para lo cual tiene que realizar una serie de actividades diversas, como son, trabajar, relacionarse, satisfacer sus necesidades básicas, como vestido, alimento, vivienda, entre otras.

En resumen, se puede argumentar que la forma de vida está constituida por un conjunto de costumbres de la vida cotidiana, que se pueden definir con el concepto más general de "estilo", el cual para Alonso, Gallego y Honey (1997), es algo así como las conclusiones a las que llegamos acerca de la forma de como actúan las personas. No obstante, se puede considerar que el estilo es algo superficial, compuesto por comportamientos externos, sin embargo, el estilo implica algo más que una serie de apariencias, según estos autores debido a que desde una perspectiva fenomenológica las características estilísticas son indicadores de superficie de dos niveles profundos de la mente humana: el sistema total del pensamiento y las peculiares cualidades de la mente que un individuo tiene, y para establecer lazos con la realidad.

Se tiene así que el análisis de los estilos de vida es de gran relevancia para conocer y comprender el comportamiento de las personas de la sociedad, además de darnos la pauta para el conocimiento del sentido de la vida. Por tanto, el concepto de los estilos de vida, según Ruiz (1984) implica situar al individuo en el cruce de la personalidad y de las condiciones de su colectividad, en un momento de negociación entre ella con el mundo físico.

sociales y los roles personales para entender cómo la persona se transforma en actor social (Ladner, 1971), considerando, además, entre otros, a cómo la comunidad se hallaría en la cultura. Denotándose así, que los estilos de vida definen la forma de acceso a la existencia social de las personalidades.

Debido a que la conducta tiene lugar en un contexto social, según Ruiz (1984), el estilo de vida refleja a ambos: las experiencias, aspiraciones, formas de enfrentamiento, además de 21 factores situacionales como sucesos, opciones y coacciones estresantes y el grado percibido de apoyo o presión de los miembros de la sociedad de uno. Además, el mismo autor señala que la concepción cultural de una sociedad influencia la forma por la cual la gente valora los estilos de vida específicos, como los hábitos de beber, hábitos de comer o las actividades físicas. Dependiendo del modelo de comportamiento específico adoptado y dependiendo de su lugar en la cultura de una sociedad, el estilo de vida puede estar relacionado positivamente o negativamente con la salud. Por lo cual, el estilo de vida es un elemento del denominado modelo "ecológico" de la salud.

Al respecto, Dubos (1971, en Ruiz, 1984) argumenta que "la enfermedad y la salud son las expresiones del grado relativo de éxito o fracaso experimentado por el hombre cuando intenta responder adaptativamente a los desafíos del entorno y también a las demandas interiores que se han creado en él en base a tradiciones y aspiraciones" (p. 220).

De esta forma, se muestra que el modelo ecológico de la salud está basado en una concepción diferente, ya que reconoce la importancia de las condiciones ambientales de los procesos psicosociales o de las potencialidades de autoayuda. El movimiento para promover estilos de vida saludables puede ser observado en algunos países industrializados y se ha convertido en un movimiento social más que médico (Ruiz, 1984).

Debido a la relevancia de este modelo ecológico de salud, se han realizado investigaciones sobre la relación entre estilos de vida y salud, las cuales han reducido el estilo de vida a, por ejemplo, el número de cigarrillos fumados en un día, la cantidad de calorías consumidas, entre otros. De ahí que se haya operacionalizado el estilo de vida sin ninguna relación con su contexto social o psicológico. Se entiende así que, las personas practican estilos de vida insanos por su propia voluntad, o, los estilos de vida insanos son fundamentos, entre culpa, de las personas pesemos. Por lo tanto, los miembros de la comunidad médica deberían intentar cambiar el comportamiento de la gente sin de

demasiada importancia a sus condiciones de vida.

Cabe señalar que para que una persona realice ciertas actividades para mantener su salud, ésta va a estar relacionada también con el sentido de la vida que tenga esa persona. Al respecto, Fernández (1994) plantea que la búsqueda del sentido de la vida constituye un prerrequisito para que un individuo o grupo de individuos se sientan motivados para comportarse de forma saludable, ya que si se lleva una vida que no tiene sentido, tal vez no tenga valor el comportarse de una forma saludable para conseguir una CALIDAD DE VIDA objetiva y subjetiva que sea personal y socialmente relevante.

Esto último pone de manifiesto que la salud incluye factores físicos, psicológicos y sociales, lo cual está representado en el campo de la SALUD HOLÍSTICA. Para Dana y Hoffman (1987, en Fernández, 1994) dicha concepción incluye las siguientes características:

1. El sujeto busca la totalidad de la vida.
2. El individuo es más que la suma de sus partes.
3. La buena salud es más que el bienestar físico.
4. La salud no es simplemente ausencia de enfermedad.
5. El mantenimiento de la salud es más importante que el tratamiento de la enfermedad.
6. Los individuos son en gran parte los responsables del mantenimiento de su propia salud.

Por lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (1978, 1984 y 1986, en Fernández, 1994) reconoce que la salud es un recurso para conseguir y disfrutar de una mejor CALIDAD DE VIDA para todos.

Sin embargo, cabe preguntarse ¿cuántas personas realmente se preocupan y realizan esfuerzos tenaces para elevar su calidad de vida, para hallarle sentido a sus propias vidas y para vivir plenamente?

Desafortunadamente, una forma de reflexionar sobre nuestra propia vida es cuando sucede una catástrofe, ya sea un terremoto, un huracán, la muerte de un ser querido o la repentina incapacidad física.

Domit (1993) manifiesta un ejemplo de esto cuando relata su experiencia del temblor del 19 de Septiembre de 1985 en México, cuando miles de personas se hallaban atrapadas bajo los escombros de edificios y al intentar rescatarlas se observaba la desesperación de las personas que se quejaban y que gritaban bajo los fleques de cemento.

y el avance era mínimo, ya que se empleaba una gran cantidad de tiempo para remover una losa, con la plena conciencia de que la persona podría morir en cada momento. Debido a esto, el autor señala que tenemos que sufrir una catástrofe o un contacto cercano con la muerte para darnos cuenta de que ninguna de las cosas que poseemos (nuestro trabajo, nuestra casa, nuestra familia, nuestros miembros o nuestra vida misma) nos llevarán a morir, las cuales podemos perder en un instante.

Por lo anterior, Domit (1993) resalta que lo más importante en la existencia propia es el SER, modificando así la prioridad de valores de Occidente, que son Tener-Hacer-Ser, de la siguiente forma:

1. **SER**: nuestra esencia, nuestra energía, nuestra alma, espíritu, pensamiento, memoria, conciencia; es decir, todo lo que nos podemos llevar al morir.
2. **HACER**: actividad o labor esenciales para desarrollar y llevar nuestro ser a la plenitud.
3. **TENER**: la posesión de todo lo necesario para poder hacer nuestro trabajo y lograr así la plenitud de nuestro ser.

Dicha prioridad por el ser, implica el desarrollo de mayores virtudes y menores defectos personales, como el ser honesto y ser menos egoísta, por ejemplo. De tal forma, que las virtudes nos ayuden a elevar nuestra calidad de vida.

De igual forma, Viamonte (1993) enfatiza que para lograr la longevidad, la felicidad y la salud se deben analizar las características de los siguientes factores: genética, nutrición, actividades, estilo de vida y actitudes, los cuales se pueden desarrollar mediante comportamientos más enriquecedores y saludables como hacer ejercicio, no enojarse, cuidar la nutrición, reír, amar, trabajar, aprender, adaptarse, ser asertivo y afectivo, etcétera.

Esta evaluación del SER resalta de gran importancia, debido a que en la actualidad, el estilo de vida más frecuente en Occidente es el caracterizado por la personalidad tipo A, la cual consiste para Fernández (1994) en la implicación de la agresividad para lograr cada vez más en menos tiempo, un alto nivel de actividad, el establecimiento de exigencias demasiado elevadas de logro, son personas excesivamente sensibles a la pérdida de control, se implican en diversas actividades que exigen tiempo, esfuerzo, inquietud, tensión muscular y constantes retos personales. Su impaciencia es constante, se orientan al trabajo con ambientes tan competitivo, insatisfacción por su estatus socioeconómico, etcétera.

Fernández (1994) también señala que algunos autores han considerado estos

factores de riesgo que configuran el patrón de conducta tipo A como un síndrome vinculado a la cultura occidental y a la cultura moderna y posmoderna.

Lo anterior denota que la vida actual está fundamentada primordialmente por la lucha incansable e insatisfactoria por la obtención de bienes materiales, lo cual tiene sus raíces en el sistema capitalista.

Al respecto, Fromm (1962) argumenta que en el capitalismo la actividad económica, el éxito, las ganancias materiales, se vuelven fines en sí mismos, por lo cual el destino del hombre se transforma en el de contribuir al crecimiento del sistema económico, a la acumulación del capital, ya no para lograr la propia felicidad o salvación, sino como un último fin. A su vez, el hombre moderno parece impulsado por un grado extremo de egoísmo y por la búsqueda de interés personal.

Además, el hombre no sólo vende mercancías, sino que también se vende a sí mismo y se considera una mercancía, por ejemplo, el obrero manual vende su energía física, el comerciante, el médico, el empleado venden su personalidad. Dado esto, lo que le ayuda al hombre a superar su inferioridad es la posesión de propiedades: los trajes o la casa de cada hombre son parte de sí mismo como su cuerpo, por ello, cuanto menos se sienta alguien tanto más necesita poseer algo (Fromm, 1962).

A pesar de que la lucha por la obtención de bienes materiales conlleva (superficialmente) a una elevación en el propio valor de la persona, resulta irrelevante debido a que ante la muerte, tanto los bienes materiales como la belleza física no se pueden llevar. Mostrándose así que desde el Renacimiento se ha tendido a olvidar que somos mortales (Fromm, 1962).

Por su parte Heidegger (1949, en Saldanha, 1993) describe que a través del contacto con la muerte, el SER puede comprenderse en su totalidad, ya que la muerte es intrínseca a la vida, pues al nacer existe la posibilidad de morir. Asimismo, Heidegger (s.f en Fromm, 1962) reconoce que la vida social es necesaria para hacer posible la salvación de los que logran encontrarse a sí mismos, recuperando su libertad, la autenticidad de su ser. De igual forma, Heidegger (1962, en Neimeyer, 1997) expresa que la muerte es por una parte la amenaza de la no existencia, por lo que Neimeyer (1997) resalta que el enfoque de Heidegger sobre la muerte, hace que la meditación de la misma sea una condición previa para alcanzar significado y liberarse del miedo en la vida diaria.

Se tiene así, que tanto la perspectiva psicológica como la filosófica enfatizan la necesidad de integrar y dar sentido a la muerte, ya que el hombre moderno concibe a la muerte como una separación o una repentina desaparición de él mismo, algo destructivo que hay que evitar a toda costa. Por ello, la actitud del hombre occidental hacia la muerte es un mecanismo de control psicológico que hace al hombre enfocar su atención en los aspectos de cantidad de vida, ignorando muchas veces los valores de la CALIDAD DE VIDA.

Respecto al enfoque del existencialismo, Neimeyer (1997) argumenta que mientras el análisis filosófico proporciona las principales variables que hay que explicar, a la teoría psicológica le toca la tarea de especificar los mecanismos, las circunstancias, etcétera para conseguir un modelo que represente una explicación científica de la conducta humana, por lo que la tarea del psicólogo no es sólo operacionalizar conceptos filosóficos vagos, sino también construir sobre las bases filosóficas seleccionadas para derivar un modelo que se pueda poner a prueba.

Se tiene así, que desde el enfoque del Existencialismo se pretende analizar nuestra existencia, lo cual indudablemente implica un proceso de aprendizaje. Por ello Michel (1992) sugiere que aprender existencialmente significa llegar a comprender las experiencias cotidianas que se dan en mi mundo concreto, a lo largo del tiempo que ahora vivo, y en el espacio físico en que se desarrolla mi diaria experiencia de vivir. En otras palabras, pretendo llegar a comprender cómo vivimos, cómo pensamos, cómo sentimos, cómo actuamos así y no de otra manera" (p. 28-29).

Esta tendencia hacia la reflexión sobre la existencia se debe entre otras cosas por la crisis o frustración sobre la vida misma, al volvernos bajo el sistema capitalista personas automatizadas. Al respecto, Fromm (1962) indica que el automatista aunque este vive físicamente, no lo está ni mental ni emocionalmente. Además, al momento que realiza todos sus movimientos del vivir, su vida se le escurre entre las manos. Mostrándose así que detrás de una aparente satisfacción y optimismo, el hombre moderno es profundamente infeliz, ya que se aferra a la noción de individualidad y quiere ser diferente a los demás.

De esta forma, se observa que la reflexión sobre la existencia propia se torna como algo necesario de realizar. Al respecto, Jervis (1977, en Hernández, 1994) describe que una vida sin crisis existenciales no es aconsejable a nadie, y en el fondo, la persona afectada

es la que consigue superar con éxito crisis de mortalidad y significado cada vez mayores, creciendo con ellas y cuestionando cada vez los principios de vida precedente.

Al respecto, Kübler-Ross (1983), en Villalobos, (1997) sugiere que debemos acercarnos a la muerte antes de que esta se acerque a nosotros. Y la mejor forma de acercarnos es para Winnicott, (1984) Papalia y Werdkos (1996), en Villalobos, (1997) etc. individuos que inician la toma de conciencia de sus vidas y que atraviesan por una crisis que los obliga a buscar la solución de sus problemas. Problemas sobre los cuales Guevara y Martínez (1997) argumentan que la rapidez de los procesos de cambio social resultante del desarrollo económico, la industrialización y la urbanización, tiene profundos efectos sobre la estructura de las comunidades, el funcionamiento de las familias y el bienestar psicológico de los individuos.

Además, para Feifel (1959, en Neimeyer, 1997) plantea que las actitudes relacionadas con la muerte y el significado que le da el sujeto pueden servir como un principio organizador importante para determinar como se comporta en la vida.

Respecto a la reflexión sobre la muerte y su influencia en el sentido de la vida, se han realizado investigaciones enfocadas en el campo de la educación, de dos formas: educación para la obtención de información sobre la muerte y educación para la muerte, dirigida esta última hacia el conocimiento y aceptación de la muerte (Neimeyer, 1997).

Para la aplicación de los trabajos e investigaciones sobre la muerte se han empleado programas, los cuales se pueden clasificar en 2 tipos según Neimeyer (1997) en: Programas de carácter Didáctico y Programas de Carácter Experiencial. Respecto a los ejercicios experienciales sobre la muerte, Neimeyer indica dos ejemplos:

1. REALIZAR EL PROPIO CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN. Consiste en darles a los participantes un formulario del Certificado Oficial de Defunción, y se les pide que lo llenen detalladamente tomando en cuenta su propia y definitiva muerte, después se realiza un grupo de discusión.

2. ESTABLECER UN MARCO HIPOTÉTICO DE 24 HRS. DE VIDA. Se pide a los participantes, "imagina que te quedan 24 hrs. de vida. Tienes movilidad y puedes ir o hacer lo que quieras. Por favor, dedica unos momentos a pensar como pasarías tu último día en la tierra". Después de varios minutos de introspección, se pide a los participantes que formen parejas y compartan el plan para su último día, incluyendo una explicación de por

de hacer ciertas cosas. Por último se realiza una discusión en el grupo grande.

Debido a que en la actualidad la prioridad de valores en los estilos de vida de personas occidentales está enfocada en lo material, las actividades que se deben realizar, tales como, trabajo, quehaceres domésticos, estudio, etcétera, se le ha dado muy poca importancia a factores como disfrutar la vida, desarrollar los valores de la misma y elevar su calidad. Por lo tanto, el presente trabajo tiene como objetivo realizar un análisis histórico conceptual sobre la muerte y su relación sobre la calidad y estilos de vida en los adultos, así como plantear algunos modelos que incluyan dicha relación para elevar la calidad de vida y modificar los estilos de vida de una forma saludable.

CAPÍTULO I ESTILO DE VIDA

"Puesto que la vida misma es una enfermedad universal, hereditaria, de transmisión sexual e incurable, que en todos los casos termina con la muerte, el vivirla plenamente exige que se mantenga un equilibrio entre los riesgos que son razonables y los que no lo son. Dicho equilibrio es de una indiscutible en el que no caben los dogmas" (Strabanek y McCormick, 1972, in Costa y Lopez, 1996, p.56).

Indudablemente, la gente necesita socializarse por naturaleza para la satisfacción de sus necesidades. Al socializarse, cada persona manifiesta sus valores, sus puntos de vista, sus creencias, sus habilidades, etcétera; lo cual caracteriza su forma de vida o estilo de vida.

En la actualidad, la importancia de la forma de vida de cada persona, familia o grupo social está tomando un gran auge en diversas áreas como en la salud, trabajo, política, etcétera.

El método y la práctica de los llamados "estilos de vida" han sido desarrollados a partir de 1970, en Francia, por el equipo del Centro de Comunicación Avanzada, en colaboración con el equipo de "Exponencial" (exNicolai-Asociados).

Al respecto, Davidson y Davidson (1980) describen que cuando los empleados están involucrados en cursos de desarrollo profesional o de servicio antes o durante el empleo, el currículum debería incluir información relacionada a sus estilos de vida y como esa información puede afectar sus empleos, aunado al entrenamiento específico para su trabajo particular.

Para conocer más ampliamente la gran diversidad que implican los estilos de vida, es necesario conocer en primera instancia su significado, el cual se expone a continuación:

1.1 CONCEPTO DE ESTILO DE VIDA

Nuestro estilo de vida representa una consecuencia compleja de muchos factores personales, interpersonales, ambientales y sociales, los cuales se acrecientan por nuestra situación presente, por la historia y por la herencia (Davidson y Davidson, 1980).

El estilo de vida está íntimamente relacionado con la vida cotidiana, la cual para Heller (1977, in Ruiz, 1984) es considerada como "el conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los miembros particulares, los cuales, a su vez, crean la

posibilidad de la reproducción social" (p. 278).

En general, se puede decir que la forma de vida está constituida por un conjunto de costumbres de la vida cotidiana que se pueden definir con el concepto muy general de "estilo".

Monse, Gallego y Honey (1997) plantean que el ESTILO es algo así como las conclusiones a las que llegamos acerca de la forma de como actúan las personas.

Asimismo, se puede considerar que el estilo es algo superficial compuesto por comportamientos externos. No obstante, el estilo implica algo más que una serie de apariencias, según estos autores: debido a que desde una perspectiva fenomenológica las características estilísticas son los indicadores de superficie de dos niveles profundos de la "mente" humana: el sistema total del pensamiento y las peculiares cualidades de la "mente" que un individuo utiliza para establecer lazos con la realidad.

Ruiz (1984) argumenta que los estilos están unidos a modelos colectivos implicando zonas de mayor o menor obligación. Cada uno los vive a su manera sometiéndose con mayor o menor rigor a las costumbres o reglas. Depende del estilo de la persona, y es evidente que el estilo no concierne sólo a las personas, sino a las entidades sociales más o menos grandes que se montan unas sobre otras y que pueden ser de naturaleza muy variable y que pueden acceder a una conciencia de su identidad colectiva.

De esta forma, la vida aparece como un sistema de sentido social, es decir, que está constituida por prácticas (organizadas por cada uno) adaptando a su estilo las ideas de la tecnología de la vida cotidiana poniendo en las entidades sociales (personas, grupos, administraciones públicas, etcétera) en comunicación, permitiéndoles así, entablar un debate permanente implícito sobre lo que cuenta para ellas. Sin embargo, no se puede decir cual es el objeto de este debate, sin tomar uno mismo posición implícitamente sobre el estilo de vida. No obstante, se pueden buscar invariables, objetos profundos que parecen resumir en cierta forma a los otros. Uno de estos objetos es la identidad de la persona (Ruiz, 1984).

Ruiz (1984) explica que EL CONCEPTO DE ESTILO DE VIDA implica situar al individuo en el cruce de la personalidad y de las condiciones de vida colectivas, en lugar de la negociación entre los condicionamientos sociales y los deseos personales, para entender como la persona se transforma en un ser social (ciudadano, alumno, consumidor, entre

estros y como la humanidad se humaniza en la cultura. Denotándose así, que los estilos de vida definen la forma de acceso a la EXISTENCIA SOCIAL, de las personalidades.

Algunas de las formas para conocer los estilos de vida son los sondeos de opinión y las encuestas, las cuales de alguna forma al realizar clasificaciones sobre los encuestados, limitan su personalidad. Al respecto, Ruiz (1984) señala que los estilos de vida son mas que el estudio o aplicación de un sondeo de opinión o un estudio socioeconómico, debido a que son el sistema de clasificación mas global donde se define "el estudio social" al mismo tiempo por variables psicológicas (motivaciones) y por variables socio-objetivas (condiciones de vida, por variables psico-sociales de simbolización (opiniones, actitudes, lenguaje) y por variables de praxis (comportamientos).

En este retrato-robot-multidimensional de variables estadísticas (costumbres) y dinámicas (escenarios de aspiraciones), de variables racionales (opiniones) y de sensibilidades imaginarias (por cuestiones proyectivas), se encuentra a la vez la motivación, la manera en que se traduce en una forma de pensar y la manera en que se concreta teniendo en cuenta las condiciones de vida, en comportamientos efectivos (Ruiz, 1984).

Asimismo, los estilos de vida ofrecen un sistema de clasificación mas completo que las segmentaciones parciales del estudio de mercado, ya que se define el "tipo social" a partir de todos los capítulos de la vida de un individuo: trabajo, ocio, sexo y creencias, viajes y vida privada, consumo e información, política y moral y cada uno de estos capítulos contribuye a explicar los otros, dentro de una personalidad global que ayuda al mismo tiempo a entender mejor a cada uno (Ruiz, 1984).

Por lo tanto, la visión de los estilos sociales es la única que se propone este retrato general sobre toda la vida de los sujetos sociales para conocerlos mejor, no desde puntos de vista parciales de un estudio puntual obsesionado por su objetivo, sino intentando conocer el lugar que ocupa cada uno o acción especializada dentro del equilibrio del modelo de adaptación de la vida de una persona (Ruiz, 1984).

Además, los estilos de vida tienen en cuenta la evolución del ambiente social y sus efectos sobre las actitudes y los comportamientos de las personas, ya que cada persona es definida por su estilo de vida actual, y por sus tendencias dinámicas, sus orientaciones prospectivas, sus deseos de innovación, su ideal de vida para el futuro, es decir, que el estilo de vida define un desequilibrio intencionado (Ruiz, 1984).

Por otro lado, la tipología de los "estilos sociales" y "mentalidades" o "microculturas", vuelve a plantearse completamente cada dos años y es reestructurada a partir de los estudios más recientes, después es correlacionada con la que preceden a encontrar los tipos correspondientes idénticos y a identificar los tipos desaparecidos o aparecidos (Ruiz, 1984).

Además, el estudio de los estilos de vida se puede adaptar a cualquier marco teórico, dependiendo de su conceptualización. Al respecto, Ruiz (1984) plantea que si se acepta definir al estilo de vida como "la forma de participación existencial de una personalidad en una circunstancia socio-cultural dada, evidentemente el concepto y el método de los estilos de vida se sitúan en las confluencias de diferentes concepciones de las ciencias humanas, desde la psicología psicoanalítica hasta el conductismo sociológico, por ello, por definición y por práctica, el estilo de vida es de naturaleza psicosocial próxima a la antropología cultural mexicana

Cabe señalar que el estilo de vida no es la personalidad de un individuo sino su personaje social, ya que la personalidad individual es infinitamente más rica y más compleja al mirar el panorama de los valores culturales y de los estilos sociales, cada uno presente intuitivamente hasta que punto su personalidad es multidimensional (a la vez conservadora e innovadora, racional y emocional, a la vez "moralizadora" y "libertaria") y esta personalidad profunda, una vez llegada a su madurez adulta, es estable en el tiempo (Ruiz, 1984).

Por tanto, no debe entenderse que el sentido de vida es una simple suma de características de la vida y pensamientos (aunque se toman en cuenta para su análisis diversos factores como son: condiciones de vida, sistema de valores, lenguaje, información que se recibe, economía, política, trabajo, vida privada, perspectivas de vida, hábitos culturales). Además, el estilo social es una síntesis de condiciones de vida, de aspiraciones y de sueños, de comportamientos y de pensamientos, que pueden converger o combatirse (Ruiz, 1984).

Para Ruiz (1984) el estilo de vida refleja experiencias, aspiraciones, formas de afrontamiento, factores situacionales como sucesos, opciones y coacciones estresantes y el grado percibido de apoyo o presión de los miembros de la sociedad de uno. Asimismo, este autor señala que la concepción cultural de una sociedad influye la forma por la cual se

gente valora los estilos de vida específicos como los hábitos de beber, los hábitos de comer o las actividades físicas.

Por último, Nussbaum y Sen (1993) opinan que en la terminología moderna el estilo de vida incorpora una vida completamente feliz, de un tipo no adquisitivo, el cual proporciona satisfacción y complementación personal sobre lo que dicta la ética laboral. Se pueden considerar estilos que corresponden a tipos de organización social de vida patriarcal o de tribu- como opuestos a la familia nuclear e individualista por ejemplo. También se puede considerar por ejemplo, los estilos de vida que son generados por medios de producción organizada-rural autosuficiente o nomada. Además, al estilo de vida se le agrega una especificación del consumo establecido y las preferencias, y esta estrechamente relacionado a al productividad de la economía. La disciplina laboral estricta de las sociedades industriales puede ser considerada como un rasgo de su predominante estilo de vida. Este estilo de vida en turno es admitido por la productividad superior, el cual tiene resultados tanto en la extensión de las elecciones de consumo como en la elección de observar cuánto y cómo trabajan los individuos.

1.2 ELEMENTOS DEL ESTILO DE VIDA

El Modelo de las 7 Esferas

El Modelo de las 7 Esferas (M7E) de Costa y López (1996), es un modelo conceptual que permite comprender y explicar la genesis, el aprendizaje y desarrollo de los comportamientos y estilos de vida de los niños y adolescentes, saludables o de riesgo, predecir con probabilidad el sentido de sus acciones, ahondar en las raíces de los procesos de comunicación, de potenciación y de enseñanza aprendizaje de la educación para la salud, diseñar las estrategias y las oportunidades para el cambio, y orientar la puesta en práctica de esas estrategias, identificando los factores que facilitan el cambio, así como aquellos que determinan resistencias al cambio.

En este modelo, el ciclo de cada comportamiento queda condensado en siete esferas, cada una de las cuales condensa a su vez, una de las dimensiones que intervienen en la genesis de cada comportamiento. Son esferas que giran sobre si mismas, acumulando biografía e historia personal, y que giran también en función de todas las demás, definiendo con ellas las zonas de contacto y de acción recíproca de un "SISTEMA PLANIFARIO" en continuo movimiento, una pequeña pero muy completa "Clásica del Comportamiento".

(Costa y Lopez, 1996) (Ver anexo I)

ESFERA (D) INDICADORES ACTIVADORES, en esta esfera se concentra una multitud de acontecimientos, objetos, personas, mensajes de salud, modelos de conducta, instrucciones y recomendaciones que actúan como señales que activan o desactivan, con mayor o menor fuerza, el comportamiento (Costa y Lopez, 1996)

Las 7 esferas están inmersas en el universo envolvente del ambiente o entorno físico y psicosocial que constituye el campo de acción en el que acontecen los contactos e interacciones que dan lugar a los comportamientos y estilos de vida. El entorno está organizado en escenarios y las 7 esferas se mueven dentro del pequeño universo de cada uno de ellos (familia, escuela, espacios abiertos, lugares de ocio, instituciones, etcétera). Los escenarios contienen recursos, oportunidades, obstáculos, en definitiva, factores de riesgo y factores de protección que se conjugan de forma desigual y condicionan los flujos de relaciones recíprocas de las 7 esferas y, en consecuencia, la naturaleza evolutiva de los comportamientos (Costa y López, 1996)

En la galaxia del comportamiento del MTE, Costa y Lopez (1996) argumentan que hay dos niveles de interacción y de influencia recíproca. Uno es el de las interacciones y órbitas que las esferas personales establecen con los dos polos activos del entorno, las esferas I y R. El otro es las interacciones recíprocas y órbitas que las cinco esferas personales establecen entre sí. Los niños y jóvenes no solo gestionan el entorno haciendo transacciones con él, percibiendo el poder señalizador, activador o incitador de la esfera I, produciendo en el entorno impactos y resultados (esfera R), sino que se gestionan a sí mismos e intervienen sobre las dimensiones de su propio comportamiento. En este flujo de órbitas e interacciones, cada una de las cinco dimensiones es para las demás, según los momentos, alternativamente un incitador o un resultado. En la génesis de los comportamientos, los dos niveles de interacción se entrecruzan.

Asimismo, el MTE considera a todos los comportamientos de salud o de riesgo como sucesos multifactoriales y multidimensionales. Es, por ello, un modelo comprensivo que identifica y analiza todos los factores del entorno y hace entrar en el análisis a las cinco dimensiones personales del comportamiento y a sus relaciones funcionales y recíprocas. Por lo cual, para este modelo, ningún comportamiento queda cabalmente definido por el funcionamiento de una sola de las esferas, porque cuando una esfera entra en acción, todas

las demás, en mayor o menor grado, se ponen en movimiento (Costa y Lopez, 1996).

Costa y Lopez (1996) expresan que los comportamientos y estilos de vida no son asuntos exclusivamente individuales e íntimos, sino que son sucesos radicalmente ecológicos.

Los comportamientos y estilos de vida de la Educación para la Salud nacen, se aprenden, se desarrollan, cambian, se adaptan, se extinguen, se hacen problemáticos y contribuyen al gáste o al desajuste personal, porque todas sus dimensiones están íntimamente inmersas en el ambiente o entorno de los ecosistemas físicos, geográficos, biológicos y sociales en el que los niños y adolescentes echan raíces. Como muchos otros seres vivos, los niños y adolescentes ocupan un lugar en la biosfera y muestran respecto del entorno algo así como el heliocentrismo de los girasoles: avidez ecológica por obtener de él señales, información esencial, energía, recursos y respuestas que le permiten ir dando sentido a su vida y a su historia personal y produciendo y cimentando sus comportamientos y sus estilos de vida (Costa y López, 1996).

Para Costa y Lopez (1996) lo que cuenta para la génesis de los comportamientos y estilos de vida, saludables o no, son los procesos de transacción e interacción con el entorno. Los comportamientos y estilos de vida no tienen su sede ni en el entorno ni en los interiores del organismo, no "salen de dentro" ya prefabricados y preexistentes, ni son mecánicamente impuestos desde el ambiente.

Desde la perspectiva interaccionista de Endler y Magnusson (1976, en Costa y Lopez, 1996), que constituye una característica del Modelo de las 7 Esferas, los comportamientos y todas sus dimensiones emanan de la profundidad de los íntimos puntos de encuentro, de contacto y de influencia recíproca que ambos establecen, son el punto de la interacción dinámica, bidireccional y recíproca, de un incesante movimiento oscilante de acciones y reacciones, en el que están comprometidos los niños y el entorno.

Por otro lado, Costa y Lopez (1996) plantean que otro elemento en la configuración de los estilos de vida es el *Comportamiento de los demás*. Las interacciones y vínculos más decisivos en la determinación de los comportamientos y estilos de vida son las redes de relaciones interpersonales que los niños y adolescentes mantienen con otras personas en los escenarios y situaciones del entorno. Además, en las relaciones recíprocas, en el valor funcional que tiene cada comportamiento en ellas, es en donde reside la fuente de la

consistencia o variabilidad de los comportamientos y estilos de vida, y lo largo de las diferentes circunstancias y diferentes escenarios de su vida. De igual forma, el valor funcional de un comportamiento depende en gran medida de los resultados que se obtienen con él en cada situación.

A medida que los comportamientos y estilos de vida se van haciendo patrimonio personal también se van revistiendo del poder de colocar condiciones al entorno, de replicar a sus incitaciones, de moderar sus impactos, de seleccionar entornos y escenarios, de configurar entornos y escenarios nuevos, de plantear modos distintos de relacionarse con ellos y de influir así en cierta medida en la probabilidad de los acontecimientos futuros y en la dirección del futuro aprendizaje de otros comportamientos, y por consiguiente, en la dirección que va tomando su historia personal y en el control que ejercen sobre su propio desarrollo (Costa y López, 1996).

De igual forma, el entorno es un elemento de gran importancia en los estilos de vida, el cual para Costa y Lopez (1996) está sembrado de circunstancias diversas, complejas, heterogéneas, físicas, meteorológicas, sociodemográficas, psicológicas y de este modo hacen que las interacciones recíprocas sean también complejas y profundas, amplias o restringidas. Son constelaciones de circunstancias que interactúan de manera concertada y que hacen de la salud, la enfermedad y la muerte fenómenos multifactoriales, biológicos y a la vez socioculturales y psicológicos. Son, desde luego, circunstancias que rebasan ampliamente las prácticas del sector salud y de sus profesionales, y que conciernen a muchas otras esferas. Unas veces constituyen una oportunidad, un recurso, un apoyo o un factor de protección, y otras constituyen un factor de riesgo o una adversidad, una amenaza, una pérdida o un obstáculo.

Dentro del Modelo de las 7 Esferas, la cultura establece circunstancias del entorno que son comunes y que tiene un significado compartido y funciones iguales para muchas personas, y que dan lugar a procesos de aprendizaje comunes para muchos niños y adolescentes y a comportamientos y costumbres comunes compartidos por todos ellos (Costa y López, 1996).

El papel que la cultura tiene dentro de este modelo se puede observar con las creencias, los valores de las personas y los juicios sociales, los cuales se exponen a continuación:

1. CREENCIAS son juicios de probabilidad que relacionan un objeto, una persona, un concepto o una situación con un atributo o indican la probabilidad subjetiva de que esa relación sea verdadera. En base a esto, las creencias pueden estar relacionadas con las esferas de la galaxia del MFE, de las siguientes formas:

- a) Cuando se reciben mensajes que contienen argumentos a favor o en contra de las creencias, es probable que se acepten los primeros sin cuestionarlos y se refuten los segundos defendiendo las creencias propias.
- b) Las creencias pueden condicionar la eficacia de los conocimientos y actuar como una barrera entre estos y las prácticas de salud.
- c) Las creencias influyen en los sentimientos, en la disposición hacia los comportamientos preventivos y en la implicación en comportamientos de salud, como el ejercicio físico; o de riesgo, como el consumo del alcohol. Si bien la consistencia entre creencias y acción no es una relación simple y menos algo innato o preestablecido, la fuerza de una creencia se refleja en la frecuencia de las acciones, saludables o de riesgo, que están en consonancia con ella. Por ejemplo, si una joven cree que llevar preservativos en el bolso es propio de "una cualquiera", es probable que no los lleve porque sería un agravio a su autoestima.
- d) Es probable que frecuenten escenarios y situaciones en los cuales sus creencias se ven confirmadas. Un solo dato o resultado confirmatorio de sus creencias puede tener más fuerza en la consolidación de una creencia que varios resultados no confirmatorios.
- e) Cuando llevan a la práctica una recomendación de Educación para la Salud, comprueban su eficacia, obtienen además resultados ventajosos y experimentan sentimientos agradables, es probable que se cambien sus creencias iniciales y adopten la creencia que está en consonancia con lo que acaban de hacer. Si la nueva creencia recibe reconocimiento y estima social, es más probable que se consolide.

2. VALORES pueden ser definidos como creencias cargadas afectivamente y constituyen criterios compartidos conforme a los cuales los individuos y grupos de la sociedad hacen juicios acerca de la importancia y del significado de las personas, de las cosas, de los comportamientos, los acontecimientos y cualquier otro objeto sociocultural, por su capacidad para satisfacer necesidades personales y sociales. Los valores interactúan con

otras dimensiones de comportamiento y se convierten en guías y criterios para los sentimientos, para la acción y para las relaciones interpersonales. Ajustarse a ellos promueve autoestima y satisfacción, quebrantarlos promueve culpabilidad o vergüenza. En la medida en que los valores son criterios de acuerdo con los cuales el comportamiento es aprobado o desaprobado, castigado o premiado, constituyen criterios de incentivo para guiar el propio comportamiento y para definir su ética personal.

JUICIOS SOCIALES los juicios sociales de valor tienen implicación emocional y determinan diversos grados de estima o desestima, de aprobación o desaprobación respecto al objeto sociocultural evaluado. El sistema de sanción, recompensas y castigos, elogios y censuras empleado por los grupos sociales para regular las pautas de comportamiento de los niños y adolescentes y para que estos evalúen las de los demás y se evalúen a sí mismos, está estrechamente ligado al sistema de valores con el que la sociedad evalúa los comportamientos y a quienes los realizan. De esta manera, el sistema de valores constituye un sistema de control y presión social al que las personas pretenden ajustarse en la medida en que quieren obtener la estima y el reconocimiento de los demás u otros objetivos, y evitar los castigos por la trasgresión.

Respecto a la influencia del comportamiento de los demás, en el MTE el grupo de los iguales y la presión del grupo influyen poderosamente sobre el comportamiento y son un instrumento de transmisión cultural de los valores, creencias y normas de comportamiento saludables o de riesgo, favorables o desfavorables para la salud. Por ello, a lo largo de las redes de relaciones se van configurando para los niños y adolescentes, en el curso de su desarrollo, redes de apoyo social y emocional que un importante papel desempeñan en sus comportamientos y estilos de vida en los diferentes escenarios de socialización, familia, escuela, grupo de iguales (Whittaker y Garbarino, 1983, en Costa y López, 1996).

Otro elemento en la configuración de los estilos de vida es la mercadotecnia social, la cual impleta las estrategias de la mercadotecnia y de los medios de comunicación de masas para lograr cambios en los comportamientos sociales, y también en los comportamientos asociados a la salud (Bandura, 1987; Jones, Telford y Robinson, 1990; Hilde, et al., 1991, en Costa y López, 1996).

De igual forma, las relaciones interpersonales cotidianas y los escenarios de

comunicación de la Educación para la Salud, son un testimonio irrefutable de que el lenguaje, lo que decimos, cómo y cuándo lo decimos, tiene una gran importancia y es un señal del entorno que ejerce una poderosa fuerza en la configuración de los comportamientos y estilos de vida (Costa y López, 1996).

Respecto a la composición de las esferas del modelo mencionado, se puede encontrar que en la zona de contacto y de influencia entre los componentes de la esfera I y el polo activo y selectivo de la esfera ATP, es donde adquieren significación las vidas y la historia personal de los niños y adolescentes, donde cada indicador de la esfera mide su potencial activador sobre el comportamiento, donde los mensajeros y mensajes prueban su poder persuasivo y donde cada niño establece recíprocamente el grado de aceptación, de cambio o de resistencia al cambio (Costa y López, 1996).

ESFERA (ATP) ATENDER-PERCIBIR incluye la atención-percepción selectiva, biográfica y organizadora, el nombre de las cosas y auto observación. No es indiscriminada o pasiva, sino que es un polo activo, más o menos sostenido y concentrado, que selecciona y filtra el entorno, preparando y facilitando, o dificultando en su caso, nuevas interacciones con el entorno (Costa y López, 1996).

La atención selectiva determina que modelos de conducta adquieren relevancia y tiene más probabilidad de ser imitados. Además, el carácter selectivo de la esfera ATP pone de manifiesto la especificidad de la biografía personal que impregna todas las esferas del comportamiento. A lo largo de su historia personal de aprendizaje van configurando el carácter selectivo y específico de su atención-percepción, incluso de sus percepciones erróneas, van dándole su tono específico al "color del cristal" con el que miran el mundo que les rodea y con el que se miran a sí mismos. En el ámbito de los comportamientos y estilos de vida vinculados a la salud, van delimitando también áreas y circunstancias del entorno, factores de riesgo o de protección que son significativos, que revisten interés, que literalmente "atraen y roban su atención", y ámbitos que les pasan desapercibidos o que son abiertamente rechazados. Por eso, cuando atienden y perciben, no lo hacen como si fuera la primera vez, sino que participan en la interacción bidireccional con el peso de su historia personal (Costa y López, 1996).

La esfera ATP es una dimensión y un proceso activo organizador del comportamiento, en la medida en que es la puerta de entrada que define el campo de acción

en que han de producirse las otras dimensiones del comportamiento y sus interacciones y el curso ulterior de los acontecimientos. Además, numerosas interacciones y otras complejas en las que interviene la esfera ATP, contribuye a configurar en los niños y adolescentes un estilo de vida trascendental, el AUTOCONTROL, mediante la auto observación y la auto percepción (Costa y Lopez, 1996).

ESFERA (PC) PENSAR-CONOCER incluye conocimientos, expectativas, objetivos, predicción, creencias, valores, actitudes, evaluación de las fuentes de estrés, evaluación de la vulnerabilidad de la personalidad, evaluación de la eficacia personal, evaluación del control de resultados, auto evaluación y auto imagen, fantasías, recuerdos y auto instrucciones. Los componentes de esta esfera no son entidades innatas, preexistentes, autónomas y de origen desconocido, surgidas por generación espontánea, por necesidades internas de la "mente" o por emanaciones de etapas del desarrollo definidas a priori. También son construcciones ecológicas, socioculturales e históricas, son dimensiones del comportamiento aprendidas e incorporadas a la historia personal en el curso de las múltiples transacciones con los escenarios del entorno (Costa y Lopez, 1996).

Cabe señalar que por este carácter ecológico y transaccional de la dimensión cognitiva, no existen estilos cognitivos fijos, permanentes o monolíticos válidos para todas las situaciones, sino que existen diferentes estilos, específicos para las diferentes situaciones, momentos y tareas (Costa y Lopez, 1996).

La dimensión cognitiva es a menudo descrita también como una dimensión mediadora interpuesta entre las variables del entorno y la esfera de acción. Pero, a su vez su propia génesis es inconcebible sin la mediación de la esfera ACT y de las experiencias directas con los resultados, así como la esfera SEM, se la considera también la dimensión más estable de la galaxia, pero los pensamientos, actitudes e intenciones pueden ser frágiles, mudables y evanescentes (Costa y Lopez, 1996).

Asimismo, en la esfera PC se encuentran las fantasías y la imaginación, ya sea de manera visual-espacial o de manera verbal, las cuales son construcciones históricas impregnadas de la historia de aprendizaje. También el recordar es otro componente de la esfera PC (Costa y Lopez, 1996).

Los componentes de la esfera PC no son el resultado mágico, de un artifice que mágicamente opere desde dentro de la cabeza, sino que esa experiencia de procesamiento

de la información y de la realidad son dimensiones del comportamiento que tiene su génesis y su historia de aprendizaje particular en las transacciones con el entorno (Costa y López, 1996)

Otro componente de la esfera PC son las ACTITUDES, las cuales son consideradas como una dimensión evaluadora que otorga significación favorable o desfavorable al objeto de la actitud y que, al igual que todos los demás componentes de la esfera PC, establece relaciones recíprocas con las demás esferas, adquiriendo, en mayor o menor medida, características emocionales y consonancia con la acción y definiendo el grado de importancia que el objeto de la actitud reviste para quien hace la evaluación (Costa y López, 1996)

Asimismo, en la vida cotidiana los planes, propósitos, objetivos y metas, funcionan como guía del comportamiento, realizando evaluaciones de acuerdo con determinados criterios, las ejecuciones y los esfuerzos para alcanzarlos. Por ello, para Costa y López (1996) los objetivos del Modelo de las 7 Esferas son

- a) Los objetivos como incentivo: los objetivos con los que se comprometen pueden aumentar su motivación, en la medida en que se esfuerzan por ir ajustando su conducta con el objetivo y por cumplir el compromiso
- b) Los objetivos orientan la atención y la percepción hacia la información, los mensajes de salud y otras señales del entorno y del propio comportamiento que facilitan el logro de los mismos.
- c) Los objetivos como guía de la auto-eficacia: los objetivos contribuyen a desarrollar la auto-eficacia estimada porque proporcionan criterios para evaluar la capacidad personal. Sobre todo, los logros próximos en las submetas van proporcionando indicadores de dominio sobre una habilidad o una tarea.
- d) La satisfacción de conseguir los objetivos: el logro de los objetivos que suponen un desafío inducen sentimientos de satisfacción, lo cual hace que los objetivos se conviertan en mayores incentivos y produzcan mayor interés
- e) El peso de la historia personal. Cuando alentamos a implicarse en comportamientos saludables o a renunciar a factores de riesgo, es preciso asegurarse de que existan experiencias positivas de cambio antes de sugerir o recomendar objetivos con los que no tienen experiencia o con los que tienen una experiencia ingrata.

ESFERA (SEME) SENTIMIENTOS-EMOCIONES: esta esfera incluye el interés, desinterés, aburrimiento, miedo, ansiedad, alegría, tristeza, aprecio, indefensión, apatía, excitación y autoestima. La presencia de una persona, el contacto físico, una caricia, un objetivo de salud o un olor, son circunstancias del entorno que, de acuerdo con la historia de aprendizaje y la influencia cultural, pueden suscitar una nueva dimensión personal del comportamiento. LA DIMENSION AFECTIVA, la cual incluye los sentimientos y las emociones, las pasiones y los estados de ánimo. Cabe señalar que los sentimientos y emociones son la expresión más patente de que las circunstancias del entorno afectan, es decir producen afectos (Costa y Lopez, 1996).

Los sentimientos y emociones desempeñan un papel central en la aparición y desarrollo de todos los comportamientos y estilos de vida. Así, los sentimientos y emociones, positivos y negativos, con sus componentes fisiológicos centrales y periféricos, son también construcciones históricas, dimensiones aprendidas en los intercambios recíprocos con los escenarios del entorno y con su propio cuerpo. A lo largo de las múltiples experiencias de la vida, van aprendiendo el valor emocional positivo o negativo de las personas, mensajes, acontecimientos, sensaciones corporales, síntomas fisiológicos; van aprendiendo a poner etiquetas verbales a las emociones y a sus componentes viscerales. Los entornos culturales distintos condicionan distintos modos de nombrar, vivir y expresar las emociones (Costa y Lopez, 1996).

Para Costa y López (1996) las emociones son dimensiones afectivas peculiares. Mientras que en los sentimientos, la experiencia se inicia con la dimensión atencional y perceptiva, y culmina con una acción, en las emociones, el ciclo del comportamiento queda a veces interrumpido o dificultado, el organismo queda incapacitado para la acción.

Asimismo, el estado de ánimo hace que dirijan la atención en una dirección determinada y desatendan otras señales del entorno. Los sentimientos y estado de ánimo pueden dar lugar a acciones de acercamiento o de evitación y de huida respecto a las circunstancias del entorno que los ha suscitado, respecto al mensajero y al mensaje (Costa y Lopez, 1996).

Por otro lado, Costa y Lopez (1996) enfatizan que si el concepto de sí mismo es positivo y evoca la emoción positiva de la autoestima, es más probable que se realicen comportamientos que contribuyen a mantenerla. La autoestima no es una dimensión

afectiva general, sino que es una experiencia específica de cada situación y de cada tarea. Por eso la autoestima para estar asociada con la práctica de riesgo.

ESFERA (B) BIOLÓGICA, implica la salud-enfermedad, sexo, edad, energía, fatiga y temperamento. La estructura del organismo y las variables fisiológicas interactúan con las demás dimensiones del comportamiento y modulan además el valor iniciador de las circunstancias del entorno y el valor de los resultados como potenciadores o debilitadores del comportamiento (Costa y López, 1996).

ESFERA (ACT) ACTUAR, incluye rutinas y hábitos, actividad física, habilidades sociales, habilidades de afrontamiento y de solución de problemas, lenguaje, acciones de riesgo, acciones saludables. Los niños y adolescentes viven experiencias ejecutivas directas, actúan y operan sobre las circunstancias del entorno, las activan y las alteran, reestructuran y rediseñan su propio entorno en un radio de acción de mayor o menor alcance, introducen, cambian o quitan circunstancias, claves y señales ambientales, cambiando así la cantidad y calidad de las interacciones y, por lo tanto, la probabilidad de que se produzcan unos comportamientos u otros, producen efectos y resultados. Esta capacidad, si bien limitada, para influir en su entorno y controlarlo es una de las vías privilegiadas que los niños y jóvenes tienen que hacer para realizar una contribución activa en el cambio de su propio comportamiento y en su desarrollo personal (Costa y Lopez, 1996).

ESFERA (R) RESULTADOS en esta esfera se concentra el impacto y la huella que imprimen en el entorno los comportamientos de los niños y los adolescentes, los logros que obtienen, las recompensas y los beneficios, el reconocimiento social, los castigos, los fracasos y muchos otros acontecimientos que ocurren como consecuencia de sus actos, de sus conductas de salud o de riesgo. Además, los resultados para Costa y Lopez (1996) se pueden clasificar en dos tipos:

- a) **Resultados o Efectos Potenciadores**, como recompensas, evitación de daños, resultados vicarios, resultados auto administrados y resultados físicos. Estos hacen más probable y frecuente un comportamiento.
- b) **Resultados o Efectos Debilitadores**, sanciones y castigos, pérdidas, resultados vicarios y resultados auto administrados. Estos hacen menos probable y frecuente un comportamiento.

Los resultados son una de las más poderosas circunstancias que afectan a los comportamientos, saludables o no, potenciándolos, debilitándolos o desancionándolos.

consolidándolos o cambiándolos. De los resultados depende, en definitiva, la mayor o menor probabilidad de que se realice o no un comportamiento y la frecuencia con que se realice (Costa y Lopez, 1996).

Asimismo, Costa y Lopez (1996) indican que los resultados aportan retroalimentación informativa y señales que guían, regulan y controlan la acción y las relaciones sociales y permiten construir expectativas acerca de los resultados que, con probabilidad, pueden volver a conseguir en el futuro, reglas de conducta que indican como han ido las cosas, el valor de lo que se ha hecho, lo que conviene hacer en lo sucesivo o lo que conviene dejar de hacer, los posibles reajustes para mejorar la acción, así como las circunstancias en las que es apropiado hacerlo o no.

También los resultados son incentivos, por lo que la motivación para hacer las cosas está estrechamente ligada a éstos. Por lo tanto, son los resultados los que determinan el valor funcional de los comportamientos en cada situación y los que explican en gran medida la consistencia o variabilidad del comportamiento en situaciones distintas (Costa y Lopez, 1996).

Por último, Costa y Lopez (1996) sugieren que los resultados transforman la biología, es decir, para los niños y adolescentes los resultados de sus esfuerzos de afrontamiento contribuyen a modificar su equipamiento constitucional, sus patrones tempranos de comportamiento, configurando patrones viscerales característicos.

1.3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL ESTILO DE VIDA

Debido a la gran diversidad de factores inmersos en los estilos de vida, se puede encontrar que estos han sufrido modificaciones a lo largo del tiempo y de las culturas. Una semblanza de los estilos de vida más representativos de varios tiempos y culturas se expone a continuación:

IMPERIO ROMANO

Respecto a la época del imperio Romano, Dornit (1993) argumenta que dicho imperio estuvo orientado hacia el cuerpo y sus placeres, a un grado tan extremo que se considera como una de las causas del inicio de la decadencia del imperio.

EDAD MEDIA

En esta época, toda la atención se dirigió hacia el espíritu o alma, a un grado total que se cubren todas las partes del cuerpo, se flagelaba y castigaba para enlamecer el espíritu.

Fue la época de los empujones de castidad, de la Inquisición, del surgimiento de grandes místicos. En el arte no se ven desnudos (D. n. t. 1963).

Algo característico de la época medieval fue la ausencia de la libertad individual. Al respecto, Fromm (1962) describe que las personas no poseían ni la libertad de vestirse como quisieran, ni de comer lo que les gustaba. La vida personal, económica y social se hallaba dominada por reglas y obligaciones a las que prácticamente no escapaba esfera alguna de actividad.

Sin embargo, aún cuando una persona no estuviera libre en el sentido moderno, no se hallaba ni sola ni aislada. Al poseer desde su nacimiento un lugar determinado, inmutable y fuera de toda discusión, dentro del mundo social, el mundo se hallaba arraigado en un todo estructurado, y de este modo la vida poseía una significación que no dejaba ni lugar, ni necesidad para la duda. Pero dentro de los límites de su esfera social, el individuo disfrutaba realmente de mucha libertad para poder expresar su yo en el trabajo y en su vida emocional. La sociedad medieval no despojaba al individuo de su libertad, porque el "individuo" no existía todavía (Fromm, 1962).

RENACIMIENTO

Para Domit (1993) ésta fue una época en la que la Iglesia adquirió un poder político. La moral y el espíritu se deterioraron, la vida fue muy relajada, los papas tenían mujeres e hijos, los nobles vivían consagrados a los placeres. El arte renace orientado a exaltar el cuerpo, un ejemplo de esto son las obras de desnudos realizadas por Miguel Ángel.

Asimismo, el Renacimiento no fue una cultura de pequeños comerciantes y de pequeños burgueses, sino de ricos, nobles y ciudadanos. Su actividad económica y su riqueza les proporcionaban un sentimiento de individualidad. Pero a la vez, esta gente perdió algo, la seguridad y el sentimiento de pertenencia que ofrecía la estructura social medieval. Eran más libres pero a la vez se hallaban más solos. Usaron de su poder y de su riqueza para exprimir hasta la última gota los placeres de la vida, pero, al hacerlo, debían emplear todos los medios, desde la tortura física hasta la manipulación psicológica, a fin de gobernar a las masas y vencer a los competidores en el seno de la misma clase (Fromm, 1962).

CAPITALISMO

A partir del siglo XVII se abrió paso en la organización social un sistema basado en

la utilización del capital monetario, llamado capitalismo. En dicha organización económica las acciones de diferentes unidades económicas autónomas entran en competencia entre sí y establecen de ese modo un equilibrio activo espontáneo (García-Pelayo, 1985).

El capitalismo tiene como características más destacadas, el ser una economía de mercado, en la que las ofertas y demandas de los individuos confluyen en centros de intercambio, y una economía de empresa, unidad económica intermedia entre la producción y el consumo, cuya actividad se orienta precisamente hacia el mercado. Es también el sistema capitalista una economía de precio y moneda, a causa de la importancia que en ella tienen esas evaluaciones de los distintos agentes económicos, y se desenvuelve generalmente con una intervención variable, pero en general mínima, del Estado (García-Pelayo, 1984.)

Sin embargo, el capitalismo se impuso realmente en los países occidentales en el siglo XVI. A partir del siglo XVIII, al auge comercial y financiero vino a añadirse el rápido desarrollo industrial originado por múltiples inventos y el incremento de la demanda. Asimismo, el sistema capitalista clásico posee rasgos psicológicos, jurídicos y técnicos (García-Pelayo, 1985):

RASGOS PSICOLÓGICOS el capitalismo persigue el mayor beneficio o la mayor ganancia monetaria posible, lo cual implica la existencia de un espíritu de adquisición, de competencia y de racionalidad económica, o sea, de apreciación de hechos a partir de cálculos de rendimiento y coste.

RASGOS JURÍDICOS el capitalismo depende de la existencia y continuidad de varias premisas e instituciones. La primera es que los medios físicos de producción sean propiedad de individuos considerados aisladamente o asociados. La segunda es que el trabajador disponga libremente de su fuerza de trabajo, sometida a la oferta y la demanda e intercambiada por una remuneración fijada mediante un contrato. La tercera es que el empresario, sirviéndose del mercado para confrontar oferta y demanda y combinar los factores de producción, sea quien desempeñe el papel central en la producción y aun en la economía.

RASGOS TÉCNICOS el capitalismo dominado por el maquinismo y la gran industria, se revela indiscutiblemente como un progreso y evoluciona de manera constante, para hacer frente a la multiplicación de las necesidades, con variadísimas y continuas innovaciones.

Por otro lado, Fromm (1962) explica que con el surgimiento del capitalismo se presenta el principio de la amputación individualista y frecuentemente el individuo se ve obligado a elegir entre su propia destrucción o la ajena. Además, el hombre frente al capitalismo es víctima de la duda acerca de sí mismo y del fin de su existencia. Sus relaciones con los otros hombres se han tomado lejanas y hostiles; es libre, está solo, aislado y amenazado desde todos lados. Asimismo, en el capitalismo la actividad económica, el éxito, las ganancias materiales se vuelven fines en sí mismos. El destino del hombre se transforma en el de contribuir al crecimiento del sistema económico, a la acumulación del capital, ya no para lograr la propia felicidad o salvación, sino como un fin último.

EPOCA ACTUAL.

Sobre la vida actual, Vicens (1995) indica que la sociedad moderna se define por el poseer, tener bienes materiales, tiempo, información, estatus. La vida está definida como otra posesión y su pérdida debe esconderse, ya que recuerda la fragilidad de esta idea. De tal forma que para Fromm (1962) el hombre moderno no sólo vende mercancías sino que también se vende a sí mismo y se considera una mercancía y lo que le ayuda a superar su inferioridad es la posesión de propiedades, encontrándose así que los trajes o la casa de cada individuo son parte de sí mismo como su propio cuerpo, por ello, cuanto menos se sienta alguien tanto más necesita tener posesiones.

Un ejemplo de esto lo expone Yutang (1990) expresando que toda mujer joven se siente más feliz cuando está bien vestida, por lo que existe cierta cualidad de elevación del alma en el lápiz labial y una buena disposición espiritual en el conocimiento de estar bien vestida.

En la época moderna, específicamente en occidente, se ha caracterizado este estilo de vida adquisitivo. Al respecto, Nussbaum y Sen (1993) plantean que actualmente en occidente el estilo de vida es consumista, con un énfasis sobre el trabajo como una actividad valiosa y de cumplimiento. Lo cual puede ser observado como un nivel elevado de "racionalidad".

Asimismo, la estructura de la sociedad moderna afecta simultáneamente al hombre de dos maneras, por un lado, lo hace más independiente y más crítico, otorgándole una mayor confianza en sí mismo, y por otro, más solo, aislado y amenazado (Fromm, 1962).

Manifiestándose el hombre moderno con un grado extremo de egotismo y de interés personal. El hombre moderno vive la ilusión de saber lo que quiere, cuando, en realidad únicamente lo que se propone (socialmente) ha de desear. También el hombre moderno está hambriento de vida, pero puesto que es un autómatas no puede experimentar la vida como actividad espontánea, acepta como sustituto cualquier cosa que pueda causar excitación o estremecimiento, como las bebidas, los deportes o la identificación con la vida ilusoria de los personajes ficticios de la pantalla (Fromm, 1962)

Vicens (1995) señala que las relaciones sociales hoy día, supeditadas a la estructura moderna industrial, son relaciones enmarcadas en pautas de utilitarismo que acentúan más el aislamiento. La calidad de vida y el nivel de salud de la sociedad moderna industrial son muy bajos, especialmente, al estructurarse las relaciones sociales en función de la utilidad monetaria.

Cabe señalar que una de las características de las sociedades industriales modernas, es tener un mayor nivel de producción, menor costo y mayor rapidez, por lo que al tiempo se le da un valor determinante para la satisfacción de necesidades entre otras cosas.

Al respecto, Vicens (1995) plantea que la vida social moderna está fundada sobre la rapidez, por ejemplo, con los medios modernos de transporte como el coche o el avión. Manifiestándose la enfermedad de la prisa, a la que Friedman y Rosenman (en Vicens, 1995) clasifican como a los individuos con patrón conductual tipo A.

Para Fernández (1994) la PERSONALIDAD TIPO A se caracteriza por la implicación de la agresividad para lograr cada vez más en menos tiempo, por un alto nivel de actividad, el establecimiento de exigencias demasiado elevadas de logro, son personas excesivamente sensibles a la pérdida de control; se implican en diversas actividades que exigen tiempo, esfuerzo, inquietud, tensión muscular y constantes retos personales. Su impaciencia constante se orienta al trabajo con ambición, afán competitivo, insatisfacción por su estatus socioeconómico, etcétera, algunos autores como Helman (1987) y Van Egeren (1996) (en Fernández, 1994) han considerado estos factores de riesgo que configuran en patrón de conducta tipo A, como un "síndrome vinculado a la cultura occidental y a la cultura moderna y posmoderna".

Al respecto, Glass (1977) y sus asociadas Zinder y Hollis (1974) (en Davidson y Davidson, 1980) indican que el individuo TIPO A es alguien que ha interiorizado todo de

sobra en la sociedad occidental con énfasis en la habilidad para dominar y controlar el ambiente y consecuentemente, está continuamente en salud y amenazado por numerosos eventos potencialmente incontrolables que encuentra.

Es decir, en la actualidad se identifica la velocidad con el progreso, por lo que la aceleración convierte las relaciones sociales en compulsivas y provoca el estrés, ya sea en el trabajo, en las actividades cívicas, incluso el ocio, o en las mismas relaciones personales. Las prisas y urgencias son manifestaciones cotidianas de la aceleración, conducen a vivir el tiempo de una forma cada vez más angustiante, generando así enfermedades conectadas con las arterias coronarias (Vicens, 1995).

En relación a esto, Dossey (1982, en Vicens, 1995) observaron esta relación entre aceleración del tiempo y enfermedad, expresando que la sensación de urgencia hace que se aceleren algunas de nuestras funciones corporales rítmicas como el ritmo cardíaco y el respiratorio. Lo cual puede acarrear una subida exagerada de tensión sanguínea, junto con un aumento en el nivel de sangre de determinadas hormonas vinculadas a la respuesta corporal al estrés. Y así, nuestra percepción del reloj que se acelera y del tiempo que se escapa hace que nuestros propios relojes biológicos se aceleren a su vez. El resultado final reviste con frecuencia una u otra de las formas de "enfermedades de la prisa", como son enfermedades del corazón, tensión alta o depresión de la función inmunológica, que conduce a una mayor vulnerabilidad con respecto al cáncer y todo tipo de infecciones.

Se tiene así que con la aceleración que se padece en la vida moderna se experimenta solamente la cantidad y la acumulación. Estos son sus valores predominantes. Por esto mismo tiende a ser una cultura desequilibrada que manifiesta signos de neurosis y enfermedad. Deja de lado la calidad de las cosas y de las experiencias que otorgan calidad y sentido, ya se trate de relaciones, ambientes de trabajo, medio ambiental o de percepciones internas (Vicens, 1995).

De igual forma, Vicens (1995) describe que existen mercedas en algunas formas de vida que reducen el tono vital de la población como, por ejemplo, la utilización excesiva del coche, la aceleración de los ritmos naturales y biológicos en el trabajo y en las grandes ciudades, las contaminaciones auditivas y visuales de la publicidad, los ruidos, el hacinamiento y la falta de espacios libres sin función específica. Forman parte de nuestro entorno cotidiano y generan enfermedad.

Por otro lado, Vicens (1995) afirma que se confía en los hospitales, en la ciencia biomédica moderna para solventar enfermedades psicosomáticas, las cuales, generadas por la forma de vida moderna competitiva y su relación con el tiempo, conducen a una depresión o ausencia de la energía psíquica que la naturaleza humana contiene como potencial. Las personas libres o autorrealizadas marcan ellas mismas el ritmo, el tiempo y la dedicación en lo que al quehacer cotidiano se refiere. Por ello, Maslow (en Vicens, 1995) enfatiza que la gente autorrealizada es la que dispone de mejor salud.

Del enfoque anterior se puede vislumbrar la cuestión de cuáles son entonces las formas de vida saludables y las no saludables en la vida moderna, las cuales dependen en parte de la visión que se tenga de la realidad. Al respecto, Vicens (1995) señala las siguientes:

FORMAS ORIENTADAS HACIA LA ENFERMEDAD: es estrés, la aceleración, la competitividad, la acumulación excesiva, la fijación o fragmentación de la realidad.

FORMAS ORIENTADAS HACIA LA SALUD: expansión del tiempo, la realización personal, la cooperación, la gratificación íntima del trabajo, la información que contribuye a la formación intelectual, la calidad de las relaciones humanas y personales, la complementariedad de niveles opuestos o el diálogo entre contextos, caracteres o personalidades diferentes.

Un ejemplo de cómo ha influenciado la sociedad moderna a las personas, es el planteado por Murray (1999), quien indica que en los Estados Unidos de Norteamérica la familia clásica pasó de moda. Si en la década pasada el "AMERICAN DREAM OF LIFE" era el individuo con casa propia, que cambiaba de coche cada año y tenía de dos a tres hijos, este estilo de vida se ha visto "recortado" por el alza en el costo de la vida y las cifras de desempleo. Dentro de unos cuarenta años sabemos que entre los ciudadanos mayores de 65 años solo habrá 4 posibles trabajadores por cada jubilado.

Además, Murray (1999) también opina que un 8% de los adultos habitantes de ese país no se casará nunca. Casi la cuarta parte de los hogares tradicionales estadounidenses de papa, mamá y dos hijos, hoy día alberga a un soltero, muchas veces de más de 30 años. Y a este fenómeno hay que añadirle la existencia de familias de una sola cabeza, generalmente la madre. Ferendose así, que este tipo de familias ha aumentado en casi un 70% en las últimas décadas. De cada 5 niños estadounidenses, uno forma parte de ese tipo de hogar. Lo

cual esclarece la tendencia a no tener hijos, pues la cuarta parte de las mujeres en edad fértil no los tiene ni desea tenerlos.

1.4 LA RELACION ENTRE EL ESTILO DE VIDA CON LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

El análisis anterior ha puesto en relieve que entre el estilo de vida y la salud existe una estrecha relación, por lo que las prácticas de salud actuales realizan una importante averiguación sobre los comportamientos ante el padecimiento de alguna enfermedad y ante las prácticas de curación de la enfermedad como el tomar pastillas, realizar conductas especiales para la diálisis por ejemplo.

Así, dependiendo del modelo de comportamiento específico adoptado y dependiendo de su lugar en la cultura de una sociedad, el estilo de vida puede estar relacionado positivamente o negativamente con la salud. Por lo que el estilo de vida es un elemento del denominado "sistema ecológico de la salud" (Costa y López, 1996).

Debido a que el estilo de vida está inmerso en el sistema ecológico de la salud, esta incluye la educación para la salud, la cual para Costa y López (1996) consiste en "un proceso planificado y sistemático de comunicación y enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo" (pág. 29). Así, la educación para la salud es un proceso por medio del cual los individuos, los grupos y las comunidades mejoran su control sobre los determinantes personales y ambientales de la salud.

De esta forma, las prácticas de salud y de riesgo no son conductas aisladas, ni aparecen sin orden y sin conocimiento. Por el contrario, entrañan verdaderas constelaciones de comportamientos más o menos organizados, complejos, coherentes, estables y duraderos, y todos ellos fuertemente impregnados del ambiente o entorno. A estas constelaciones de comportamientos Costa y López (1996) las denominan estilos de vida. Además, resulta imposible separar artificialmente las conductas de los estilos de vida en los que a menudo están perfectamente encajadas y resulta difícil cambiarlas si están basadas en una "arquitectura rígida de conductas" que impulsan una dirección diferente a los cambios que se proponen.

Costa y López (1996) sugieren que la naturaleza ecológica de los comportamientos plantea la necesidad de promover a menudo no tanto las elecciones de conductas, sino más

bien la elección de entornos para vivir mejor o la elección de cambios para adoptar los entornos y hacer fáciles las prácticas y estilos de vida saludables.

Asimismo, Costa y López (1996) argumentan que para que se produzca un comportamiento de salud o de riesgo debe existir una interacción que lo construya, con un dónde, cómo, cuándo y con quién se realice esa interacción. Además, la transacción no es un acontecimiento opcional o episódico, es la misma sustancia constituyente y dimentadora de los comportamientos y estilos de vida. La sustancia ecológica es, por consiguiente, a la vez, una sustancia transaccional e interactiva de la que participan todas las variables del entorno que interviene en la interacción y todas las dimensiones personales implicadas además de la propia historia personal. La tarea de la interacción no le es asignada a una sola esfera, sino a toda la galaxia del comportamiento del Modelo de las 7 Esferas.

En relación a esto, Ponce (1994) afirma que uno de los factores que hace propensa a una persona a enfermar es el de llevar un conjunto de hábitos, costumbres y formas de vivir que van en contra de su salud y su estabilidad emocional. Por ejemplo, individuos cuyo trabajo diario es sedentario y a su vez no caminan, no practican deportes, y apenas hacen ejercicios; otros tiene hábitos tóxicos como el consumo del café, cigarrillos e ingestión de psicofármacos, los desórdenes y la falta de ritmo habitual en las horas de sueño y descanso; ausencia de recreación y distracción para relajar las tensiones provocadas por las actividades rutinarias y monótonas y otras. Todo esto produce un desgaste progresivo y envejecimiento paulatino y acelerado del organismo y la vida mental, que resta capacidad de resistencia al estrés y aumenta la vulnerabilidad.

De igual forma, Davidson y Davidson (1980) explican que el fumar, la presión sanguínea alta y las grasas altas en sangre (colesterol y triglicéridos), otros factores relacionados al estilo de vida como el exceso de peso corporal, falta de ejercicio, estrés y una dieta inadecuada, son considerados sospechosos en gran medida. Por lo que evidencia reciente indica que los factores del estilo de vida están fuertemente implicados, lo cual es fundamentado por las observaciones epidemiológicas que en general, como los factores de los estilos de vida, varían de una ciudad a otra, así como la tasa de enfermedad cardiovascular.

Por su parte, Moos y Esiri (77, en Latour y Benit (1994) plantean que debido a la naturaleza crónica de muchos problemas de salud, la mayoría de las veces el individuo

necesita aprender conductas nuevas y diversas formas de comportamiento, así como una reestructuración de su estilo de vida particular anterior, de manera que se adapte lo mejor posible a las secuelas psicosociales del problema de salud, favoreciendo la rehabilitación y previniendo posibles recaídas.

Se tiene así, que los estilos de vida son la base de nuestro enormemente incrementado riesgo de enfermedad cardiovascular prematura. Si esos hábitos pueden ser cambiados por unos más saludables, esa es una buena razón para creer que la morbilidad y la mortalidad debidas a enfermedad cardiovascular pueden ser sustancialmente reducidas, no obstante, esto no ha sido completamente demostrado aun (Davidson y Davidson, 1980).

Si el problema de ayudar a la gente para aprender hábitos saludables es la idea de como incluir no sólo nuevo conocimiento de incentivos incrementados, sino también la adquisición de destrezas y el mantenimiento de cada conducta nueva en situaciones apropiadas, si la media está planeada y producida propiamente y debidamente exhibida se puede tener una buena oportunidad de existencia efectiva para tales hábitos saludables (Davidson y Davidson, 1980).

Por otro lado, se ha visto a lo largo de la historia, que los usos sociales y culturales de sustancias, pueden transformar las respuestas fisiológicas y el comportamiento, resultando por ejemplo, la ebriedad entre otros efectos, son una característica que determina el perfil de los comportamientos asociados a su consumo, su relación con la salud y la enfermedad, las siguientes recomendaciones y el control social ejercido sobre las sustancias y sus consumidores (Escobotado 1989, en Costa y López, 1996).

Al respecto, Matarazzo (1984, en Latone y Benit, 1994) considera que los factores de riesgo asociados a las principales causas de mortalidad, están incluídas en el estilo de vida. Así, la influencia estimada en porcentajes de 4 grupos de factores, al comienzo y durante el transcurso de algunos problemas graves de salud, corresponde por orden a: el estilo de vida (51%), factores biológicos (20%), las influencias ambientales (19%) y los servicios de cuidados de salud (10%).

Respecto a estadísticas de este tipo, Davidson y Davidson (1980) describen que las cinco causas predominantes de mortalidad son enfermedades del corazón, cáncer, enfermedades cerebrovasculares, accidentes por vehículos de motor, y todos los demás accidentes, sumando un 70% del total de muertes. Para cada uno de estos, el mayor

porcentaje de mortalidad simple es atribuido a los estilos de vida, con los porcentajes redondeados del 37% para cáncer, el 29% para accidentes por vehículos de motor. Realmente cuando se calculan todas las causas de muerte, los porcentajes asignados son 43% para estilo de vida, el 27% para la biología humana, el 19% para el ambiente, y el 11% para el Sistema de Cuidados y Organización de la Salud. Claramente, el estilo de vida está siendo nuevamente reconsiderado como un factor primordial en la enfermedad y la muerte prematura.

Cabe señalar que ninguno de los datos indicados arriba provee rigurosamente alguna relación causa-efecto entre la mejora en el estilo de vida y la reducción de la mortalidad. No obstante, puede ser prudente informar a los individuos que tales cambios en sus estilos de vida podría probablemente ser beneficioso. Lo más importante para estar motivado a cambiar el estilo de vida puede no ser la expectativa de vida futura, pero tal vez, esa es la causa más inmediata para enfermar (Davidson y Davidson, 1980).

Por otro lado, Davidson y Davidson (1980) explican que el programa llamado "Estimación de Riesgo para la Salud" (ERS), está designado para ilustrar la importancia del estilo de vida en la determinación de riesgos para la salud (los riesgos para la salud son auto-impuestos, y consecuentemente esto es en menor parte la responsabilidad de cada persona para compartirla con los demás).

Para Davidson y Davidson (1980) el ERS está basado en el concepto de riesgo, el cual se considera como una oportunidad o probabilidad, la posibilidad de que algo ocurra.

Respecto a esto, Davidson y Davidson (1980) argumentan que el promedio de riesgos de muerte es bajo cuando se es joven (alrededor de una posibilidad en 100 para estas edades), pero se eleva con la edad. Para los jóvenes las muertes predominantes son las violentas, en particular accidentes automovilísticos y suicidios, mientras que para la edad media (adulto) las muertes son predominantemente degenerativas, especialmente ataques al corazón, cáncer y golpes. Ambos tipos de muertes, "violentas" y "degenerativas" se deben en mínima parte a los malos hábitos del estilo de vida. Aunque cabe indicar que las mujeres tienen riesgos totales mucho menores que los hombres de todas las edades.

Sin duda existen estilos de vida que conllevan mayores riesgos que otros, no obstante, cambiar un estilo de vida por otro conlleva en muchos casos a cambiar los riesgos de un tipo por los de otro. Pretender llevar una vida sin riesgos equivaldría a encerrarse en

una urna de cristal, pero encerrarse en una urna de cristal supondría el mayor riesgo de rotura, equivalente a no vivir. Dar años a la vida, en algunos casos, puede equivaler a restar vida a los años (Costa y Lopez, 1996).

En base a esto, Nussbaum y Sen (1993) argumentan que los motivos que conduce a la gente a combatir sus estilos de vidas incluyen el simple motivo de auto-mejoramiento. Los combatientes negociantes para obtener para si mismos y para sus familias un mejor estandar de vida, larga vida, mas habilidades, etcetera. Ellos no pueden reconocer la terminología, por eso es que lo hacen. Hay que considerar la motivación de los gobiernos, las oficinas bancarias mundiales y varios hechos buenos. Las intenciones con las cuales ellos han armado cabalmente son: mejor salud, larga vida, menos hambre, etcétera. Ahí ya existen estilos de vida que no pueden recibir esas bondades sin desaparecer.

Respecto al cambio de los estilos de vida, Nussbaum y Sen (1980) sugieren por ejemplo en el caso de una familia que decide quitar premios o enviar a un hijo a la escuela, así emprende un cambio sobre el cual cambiara sus horizontes y alterara su estilo de vida si ellos lo realizan o no. Es decir, el estilo de vida puede ser cambiado por fuerza, cuando un ajuste de cambios en los precios y en el ambiente es conseguido y no es tan asequible al consumo ya establecido, a esta consecuencia se le llama descomposición del estilo de vida.

Tales cambios en los estilos de vida se promueven frecuentemente en la actualidad. En cuanto a esto, Costa y Lopez (1996) opinan que la influencia favorable de los comportamientos y estilos de vida de niños y adolescentes, son promovidos en las aulas por los maestros que practican con sus alumnos las habilidades para la comunicación interpersonal. Otros lo hacen en escenarios clínicos, con niños y adolescentes sanos y enfermos, estableciendo objetivos de cambio, prescripciones terapéuticas guías preventivas, individualmente o en grupo, a ellos solos, a sus familias o a ambos a la vez. Muchos trabajan en instituciones de atención social a la infancia y adolescencia y se ocupan en ayudarles a afrontar las adversidades de la vida y les aconsejan sobre los comportamientos de salud, de riesgo, etcetera.

Es igualmente importante, en la sociedad actual, el panorama sobre la mejora de la salud, el cual esta frecuentemente acompañado del incremento en la actividad física, la cual puede estimular otros cambios en el estilo de vida como dejar de fumar, modificar la dieta o reducir la ingesta de alcohol. Además, esto es obvio por las condiciones situacionales.

requeridas para la actividad física que no son exactamente compatibles con muchas conductas más adaptativas. También, las conductas del estilo de vida saludable pueden ser 15 minutos de caminata diaria por 40 días, así como la abstinencia del alcohol y cigarros (Davidson y Davidson, 1980).

Respecto al ejercicio físico, este puede ser usado como un componente de todos los programas designados para minimizar los estilos de vida destructivos, por ejemplo, el uso del alcohol, hábitos de pereza y el desarrollo de la obesidad, así como el fumar. La fuerza puede estar basada en las ventajas de esas alternativas vigorizantes y divertidas. La realización de ambos beneficios y gustos puede estar incorporada dentro de las explicaciones del estilo de vida productivo y con la facilidad con la que pueden continuarse y porque tienden a incorporarse como patrones permanentes (Delarue, 1978, en Davidson y Davidson, 1980).

Finalmente, es factible indicar que aun existen discrepancias conceptuales y escasa información respecto a este tema, sobre todo en Latinoamérica, lo cual resulta inconveniente ya que la forma en la que una persona conduce su vida tiene repercusiones biopsicosociales negativas o positivas impulsando o quebrantando su calidad de vida; por lo que la relevancia de este tema es enorme tanto en el área de prevención de la enfermedad como en el mantenimiento de la salud. Por ello, en el siguiente capítulo se analizarán los aspectos de calidad de vida, la cual está determinada en gran parte por el estilo de vida.

CAPITULO 2

LA CALIDAD DE VIDA

Actualmente, el término calidad de vida involucra diversos aspectos (como salud, bienestar, nivel de vida, estilo de vida, felicidad, etcétera), por lo que aun no se ha llegado a un acuerdo sobre su conceptualización general, pero lo más relevante de tal término es que esta directamente relacionado con el significado de la salud, por esto en el presente capítulo se abordarán todos estos elementos.

2.1. CONCEPTO DE SALUD

Como el concepto de salud y la práctica de la calidad de vida esta íntimamente relacionado con el concepto de salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978, 1984 y 1986 (en Fernández, 1994) reconoció que la salud es un recurso para conseguir y disfrutar de una mejor calidad de vida para todos. Además, esta organización plantea que los componentes positivos de salud son los siguientes:

Añadir vida a los años, asegurar el pleno desarrollo y la plena utilización del potencial físico y mental, integral o residual, de las personas, de tal forma que puedan disfrutar de una vida sana.

Añadir salud a la vida; reducir la mortalidad y la incapacidad.

Añadir años a la vida, luchar contra la muerte prematura, o alargar la vida.

La OMS en su asamblea número 33 afirmó que la salud es un factor y consecuencia del proceso de desarrollo, resulta esencial para un desarrollo centrado en las necesidades humanas y constituye el primer y principal ingrediente de la calidad de vida (Torres y Beltrán, 1986).

Respecto a la definición de salud, la OMS en 1946 consideraba la salud como "el total bienestar social, psicológico y físico", o como la definición negativa de "la salud como ausencia de enfermedad", ambas definiciones han sido reconocidas por la OMS en 1958. Sin embargo, respecto a esta última definición se encuentra que todas las medidas de estado de salud tienen a esta como nivel básico y miden las desviaciones que de este se producen, lo que están midiendo realmente es la mala salud (Bowling, 1994). Cabe destacar que tanto la salud como la enfermedad involucran factores como la percepción del tiempo, la personalidad y el comportamiento, las actitudes y la visión del mundo, el ambiente (Vicens, 1997).

La concepción de salud, realizada por la OMS ha sufrido modificaciones, de tal forma que el concepto de salud actualizado por esta organización es según Bowling (1994) el siguiente: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad y dolencia".

No obstante, ese concepto se ha mejorado. A este respecto, Vicens (1995) indica que el bajo nivel de salud y de calidad de vida que se manifiesta en los organismos, la sociedad y los ecosistemas hace imprescindible un nuevo planteamiento. Un ejemplo de este nuevo planteamiento es la postura de Lamb y cols. (1988, en Bowling, 1994) quienes describen que existe ahora un amplio consenso sobre el concepto de salud positiva, siendo ésta más que la mera ausencia de enfermedad o discapacidad, e implica integridad y total funcionalismo o eficiencia de mente, cuerpo y adaptación social. La salud positiva puede ser descrita como la habilidad para enfrentarse a situaciones estresantes, el mantenimiento de un sistema sólido de apoyo o soporte social, integración en la comunidad, moral alta y satisfacción con la vida, bienestar psicológico e incluso buen nivel de forma física, así como de salud.

Cabe señalar que usualmente, personas no expertas tienden a considerar la salud como la habilidad para realizar las actividades normales de cada día, sentirse energético, sentirse bien, en forma y cosas por el estilo (Bowling, 1994).

Para Hunt (1988, en Bowling, 1994) la salud percibida o subjetiva puede ser definida como la experiencia de un individuo acerca de cómo los sucesos mentales, físicos y sociales influyen sobre los sentimientos de bienestar.

Las definiciones anteriores muestran un enfoque más amplio de los elementos involucrados en la salud. Al respecto, Quintanilla (1997) define la salud integral como "el bienestar y el desarrollo no solo de los ciudadanos individualmente considerados, sino de las familias, grupos y comunidades, y a la salud mental, profundamente vinculada a esta salud integral, como un círculo constructivo y un efecto y causa de la misma". De igual forma, Quintanilla (1997) opina que en la actualidad tratamos por la salud con una percepción más integral, en la cual los elementos psicológicos, sociales y biológicos se conjugan. Se estimula el auto-cuidado personal, la autogestión de los grupos y comunidades y se responsabiliza al usuario de su propio proceso. Así, la salud bio-psico-social debe abordarse con un enfoque integral. También resalta que los agentes sanitarios deben

trabajar con un compromiso personal y como facilitadores de procesos no como "curadores".

Vicens (1995) describe que no puede basarse la salud de la población en los fármacos o en la sala de operaciones, cuando el organismo es un sistema muy complejo con una estructura y orden internos, ni considerarse el entorno social y físico como un campo de batalla cuyas armas son los insecticidas o los sprays para protegerse de un mundo infectado. La ecología y la psicología profunda humanista nos hablan de lo contrario: de la salud inherente al entorno natural y del potencial energético de una mente esclarecida.

Por ello, Torres y Beltrán (1986) sugieren que el estado psicológico de una persona guarda una estrecha relación con su estado orgánico y físico. La salud/enfermedad se conceptualiza como un proceso binominal determinado en gran medida por las condiciones socioeconómicas y culturales que rodean a los individuos.

Otro de los elementos que incluyen la salud, es la salud social, la cual para Caplan (1974) y Casell (1976) (en Bowling, 1994) se define en términos de interacciones personales y participación social. Renne (1974) y Grenblatt (1975) (en Bowling, 1994) definen la salud social en términos del grado en que las personas funcionan adecuadamente como miembros de la comunidad.

Para Lerner (1973, en Bowling, 1994) el estado de salud puede estar en función de factores como el ambiente, la comunidad y los grupos sociales significativos. Recomendó que las medidas de bienestar social deben focalizarse en constructos como el desarrollo del papel social, la salud familiar y la participación social. Establece la hipótesis de que las personas socialmente sanas serían más capaces de enfrentarse con éxito a los retos de cada día como resultado de la ejecución de sus papeles sociales; que vivirían en familias más estables, integradas y cohesionadas; que sería más probable que participaran en actividades comunitarias y probablemente se adaptarían a las normas sociales.

Al respecto, George y cols. (1989, en Bowling, 1994) indican que la falta de integración social puede producir estrés psicológico y disminuir los recursos individuales para enfrentarse a éste, posiblemente desembocando en trastornos psiquiátricos. Además, la falta de apoyo social se ha visto implicado en malos resultados en la recuperación de enfermedades depresivas.

En relación a esto, Vicens (1995) afirma que la salud pública implica también

convivencia y participación social, educación y bienestar. La importancia de una definición de salud social radica en que incluye a toda la población. Sus patologías permiten a la estructura social y, en este sentido, a la manera de pensar y de vivir de la sociedad moderna.

Respecto a la evaluación de la salud y la calidad de vida, Bowling (1994) explica que actualmente las medidas válidas de calidad de vida relacionada con la salud deben ser usadas para evaluar las intervenciones sanitarias. Por lo que una persona puede sentirse enferma sin que la ciencia médica sea capaz de detectar la enfermedad causante, entonces la terapia deberá ser evaluada en términos de si es más o menos probable conseguir una vida digna de ser vivida tanto en términos sociales y psicológicos como en términos físicos.

Asimismo, estudios psicosociales han mostrado la estrecha relación existente entre la salud de una persona y el tipo de familia en la que vive, la dinámica de esta, su funcionamiento y su calidad de vida. El tipo de relación que mantiene un individuo es muy importante para su bienestar. Así, se considera que la salud es una condición de ese bienestar. Además, una vida familiar armoniosa, o la existencia de conflictos agudos y tensiones, influye en el estado de bienestar o salud de los miembros de la familia (Cigoli y Binda, 1993).

Debido a que el nuevo modelo de salud "biopsicosocial" está teniendo mayor divulgación, este a su vez amplía el campo de intervención de la psicología para problemas de salud. Reig, Rodríguez y Mira (1987, en Latorre y Benit, 1994) plantean que esto se debe a los siguientes factores:

- 1 - La salud se considera un derecho social básico, que incluye la promoción y la prevención.
- 2 - Durante el presente siglo se ha producido un cambio radical en las tasas de morbilidad y mortalidad, y con estas pautas se ha constatado que lo importante no es lo que la gente tiene sino lo que hace. Por ello, actualmente la investigación epidemiológica es básicamente psicosocial.
- 3 - La aparición, desarrollo y aplicación del análisis funcional de la conducta y de la terapia de comportamiento a un gran número de problemas de salud, con bastantes resultados positivos. Por lo que las intervenciones psicológicas pueden recomendarse como alternativas o como complemento a la intervención biomédica.
- 4 - La epidemiología nos muestra que la conducta es el principal contribuyente al estatus de

salud, entonces, probablemente, el desarrollo de la psicología de la salud puede aportar una buena relación costo-efectividad, que implique ampliar la duración de la vida y mejorar la calidad de ésta.

Lo anterior pone en evidencia que la psicología es una área importante para el mantenimiento y mejoramiento de la salud, por ello se ha abierto un nuevo campo de esta ciencia, denominada psicología de la salud, la cual para Matarazzo (1980), en Latorre y Benit (1994) consiste en "la suma de las aportaciones docentes y de educación, profesionales y científicas específicas de la disciplina de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos y diagnósticos de la salud, enfermedad y disfunciones afines, y para el análisis y mejora del sistema para el cuidado de la salud, así como para la configuración de las políticas sanitarias".

Todo lo anterior destaca que el factor humano (incluyendo pensamientos, sentimientos, estilo de vida, etcétera) es decisivo para la salud y para la prevención de enfermedades. Por ello, Vicens (1995) opina que la prevención debería ser el objetivo prioritario de cualquier política de salud pública, teniendo presente los siguientes aspectos:

- * El nivel de satisfacción y motivación en el trabajo.
- * La capacidad de expresar los propios sentimientos.
- * Las posibilidades de relación y asociación directas y personales.
- * El acceso a la educación que permite el pleno desarrollo.

Finalmente, Panikkar (1986, en Vicens, 1995) argumenta que el criterio de salud no es el de la capacidad de trabajo, sino la capacidad de gozar. Sino no es aquel cuyo organismo funciona como una máquina sin averías, sino aquel cuya armonía consigo mismo y con el universo le permite gustar de beatitud.

2.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

La expresión Calidad de Vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de la vida urbana. Durante la década de los 50's y a comienzos de los 60's, el creciente interés por conocer el bienestar de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, surgiendo desde las ciencias sociales el desarrollo de los indicadores sociales, que son "datos estadísticos que permiten medir hechos vinculados al bienestar social de una población" (Arostegui, 1998, en Cabrera,

R., 2011).

Sin embargo, el término "calidad de vida" aparece en la década de los 70's, tuvo su expansión hacia los 80's, y su desarrollo histórico ha estado encubierto en otros conceptos como los de bienestar, salud y felicidad data de hace varios siglos (Ramírez, 1998).

Dicho término ha sido considerado anteriormente, por ejemplo, por las civilizaciones egipcia, hebrea, griega y romana, las cuales crearon la tradición occidental de la preocupación por la salud de las personas, atendiendo a diversos factores. La salud era considerada como un espacio público y colectivo en el que la vida social podía desarrollarse sin grandes riesgos, sin embargo, durante la Edad Media, se produjo cierto abandono por lo personal y público y un cambio de conductas respecto a la higiene privada y pública y el desarrollo de servicios públicos fue muy limitado (Ramírez, 1998).

A finales del siglo XVIII y principios del XIX comienzan a aparecer las legislaciones acerca de la regulación del trabajo y el descanso, de la enfermedad y los accidentes, de la maternidad, la vejez y de la muerte, emergiendo el área del bienestar social del campo de la salud pública. Junto con la salubridad comienza a hablarse de condiciones de trabajo, dieta y sistema alimenticio, de tasas de mortalidad y esperanza de vida, de sistemas de escolarización, de estado de las viviendas y de las ciudades, de las formas de vida de las distintas clases sociales (García, Riaño, 1991, y Piedrola, 1991, en Ramírez, 1998).

La investigación de la calidad de vida surge en el siglo XVIII, con el pensamiento generado por la época de la Ilustración, donde el propósito de la vida humana es la vida por sí misma, más que al servicio del Rey o de Dios. La autorrealización y la felicidad son los valores centrales de esa época. En el siglo XIX la sociedad se preocupaba por otorgar una buena vida a sus conciudadanos, y es a través de la creación del utilitarismo que se busca una mejor sociedad, aquella que proporcione "más felicidad a mayor número de ciudadanos". En el siglo XX, se intenta plantear una reforma social a través del Estado de Bienestar (Veenhoven, 1996, en Ramírez, 1998).

Por su parte, Blanco, (1985), Moreno y Jiménez (1996) (en Ramírez, 1998) señalan que recientemente se ha reconocido que el bienestar, material y económico no coincide con el bienestar subjetivo, la satisfacción con la vida y el sentimiento de felicidad. Actualmente, no siempre el sufrimiento o la felicidad están determinados por las circunstancias

materiales. Por ella, Grau (1996, en Ramírez, 1998) indica que no es raro encontrar la infelicidad y la enfermedad psíquica viviendo con una familia abundante de bienes materiales.

Moreno y Jiménez (1996, en Ramírez, 1998) describen que su desarrollo inicial tuvo lugar en las ciencias médicas, para extenderse rápidamente a la psicología y a la sociología, intentando desplazar los términos de bienestar y felicidad.

Se tiene así que el concepto de calidad de vida consistía en un principio en el cuidado de la salud personal, posteriormente en la preocupación por la salud e higiene públicas, extendiéndose posteriormente a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, e incluyendo sucesivamente la capacidad de acceso a los bienes económicos y finalmente, la preocupación por la experiencia del individuo de su vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud (Ramírez, 1998).

2.3. CONCEPTUALIZACION DE LA CALIDAD DE VIDA

El término calidad de vida es complejo y abstracto e indirectamente medible, además de tener distintas orientaciones y definiciones, y a veces se confunde con otros conceptos como bienestar, nivel de vida, satisfacción y felicidad (Ramírez, 1998).

Al respecto, Campbell, Converse y Rodgers (1976, en Ramírez, 1998) explican que la calidad de vida es una entidad vaga y etérea, algo de lo que todo el mundo habla, pero que nadie sabe exactamente de que se trata.

En la actualidad, hablar sobre la calidad de vida necesariamente implica para el hombre moderno, hablar sobre el estado material de la vida, por ejemplo, tener una casa propia, un auto, un trabajo estable, etcétera. No obstante, Diener, Suh, Smith y Shao (1995, en Ramírez, 1998) afirman que la riqueza de los pueblos no incrementa la calidad de vida de los mismos. Se tiene así que este término involucra tanto aspectos objetivos (materiales) como subjetivos (amor, felicidad, bienestar).

Nussbaum (1995, en Cibrata, M., 2001) propone que el concepto de calidad de vida se refiere al sentido de bienestar que percibe una persona derivado de su experiencia ante la vida.

En relación a esto, Diener, (1984, en Rodríguez, 1995) plantea que la calidad de vida se ha definido como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal. Este juicio subjetivo se ha

considerado estar estrechamente relacionado con determinados indicadores objetivos, biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales.

Rodríguez (1995) señala que la calidad de vida parece traducirse en nivel de bienestar subjetivo o felicidad y en términos de presencia o ausencia de indicadores estandar, mas o menos objetivos, de lo que en general las personas consideran que determina una "buena vida". De esta forma, lo anterior implica la presencia de indicadores objetivos y subjetivos, y son básicamente, un sentimiento de satisfacción, un estado de ánimo positivo determinado por otros elementos de índole psicológico y/o conductual. La presencia de ese sentimiento positivo de satisfacción global respecto a la vida debe estar determinada no sólo por la interpretación del sujeto (determinantes cognitivos), sino por la presencia de condiciones externas objetivas.

Al respecto, Ramírez (1998) identifica dos tipos de calidad de vida:

CALIDAD DE VIDA OBJETIVA es el grado en el cual las condiciones de vida, bajo criterios observables se encuentran dentro de una buena vida, tales como: seguridad económica, seguridad en las calles, buen cuidado de la salud, educación, etcétera. En este contexto lo "objetivo" se refiere a la forma de medición: dicha medición esta basada en criterios explícitos de éxito que pueden ser aplicados por jueces externos imparciales. Rodríguez (1995) también identifica como condiciones externas objetivas a: la interacción social, la disponibilidad de servicios (vivienda, transporte, servicios comerciales, seguridad, servicios de salud, etcétera) y el estado de salud (este implica el estado objetivo y subjetivo de la salud).

CALIDAD DE VIDA SUBJETIVA se refiere a como la gente aprecia su vida personalmente, por ejemplo, que tan seguro piensa que es su ingreso, como siente la seguridad en la calle, que tan satisfecho esta con su educación y su salud, etcétera. De ahí, que los criterios "subjetivos", varíen de acuerdo a los juicios emitidos por los individuos y por ende no sea posible explicitar estandares a través de los juicios externos (Veennoven et al., en Ramírez, 1998). Asimismo, Rodríguez (1995) clasifica como variables subjetivas a: las propiedades y características percibidas, la valoración de esas propiedades (nivel de aspiración, expectativas, grupos de referencia, necesidades, escala de valores, niveles de ansiedad), grado de satisfacción con cada uno de los dominios, componentes, condiciones de vida, y por último grado de satisfacción en general.

Diener (1984, en Ramírez, 1998) explica que la satisfacción es un concepto central en la investigación de la calidad de vida subjetiva. Puesto que si se considera que la calidad de vida debe conceptualizarse como una propiedad de las personas que experimentan las situaciones y condiciones de sus vidas, y por tanto depende de las interpretaciones y valoraciones de los aspectos objetivos de su entorno, al incorporar la dimensión subjetiva o psicosocial, se debe subrayar el papel que tiene la satisfacción y su medición a través de juicios cognitivos y reacciones afectivas, felicidad y afecto positivo.

Al respecto, Setián (1993, en Ramírez, 1998) argumenta que la calidad de vida constituye el grado en que una sociedad posibilita la satisfacción de necesidades (materiales y no materiales) de los miembros que la componen. Tal capacidad se manifiesta a través de las condiciones objetivas en que se desenvuelve la vida societal y en el sentimiento subjetivo que de la satisfacción de sus deseos socialmente influidos y de su existencia que poseen los miembros de la sociedad. De igual forma, Setián (1993, en Cabrera, M., 2001) plantea que la calidad de vida es el grado en que un individuo percibe que su vida es buena y satisfactoria, que goza de bienestar físico y material, así como de buenas relaciones interpersonales; además de participar en actividades sociales, alcanzando un desarrollo óptimo a nivel personal.

Asimismo, Puente y Legorreta (1988, en Ramírez, 1998) indican que el concepto de calidad de vida tiene dos aspectos fundamentales: la salud psicosomática de una persona y el sentimiento de satisfacción. Ambos presentan elementos subjetivos para su evaluación, sin embargo la salud, esta más directamente relacionada con la cobertura de las necesidades esenciales que tiene un significado muy genérico, en tanto que la satisfacción fundamentalmente de factores ligados a la cobertura de los deseos y aspiraciones que tiene un carácter altamente subjetivo.

Mendicino y Pelligrini (1979, en Bowling, 1994) han definido la calidad de vida como el logro individual de una situación social satisfactoria dentro de los límites de su capacidad física percibida. Además, Shin y Johnson (1978, en Bowling, 1994) sugieren que la calidad de vida consiste en la posesión de los recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades individuales y de los deseos, la participación de las actividades que permitan el desarrollo personal y la autorrealización y la comparación satisfactoria entre uno mismo y los demás.

Para Bowling (1994) la calidad de vida puede ser definida como un grado de "bondad". También, la calidad de vida básicamente se identifica como un concepto que representa las respuestas individuales a los efectos físicos, mentales y sociales que la enfermedad produce sobre la vida diaria, la cual incluye sobre la medida en que se puede conseguir la satisfacción personal con las circunstancias de la vida. Abarca más que un adecuado bienestar físico, incluyendo también percepciones de bienestar, un nivel básico de satisfacción y un sentido general de autoestima. Es un concepto abstracto y complejo que comprende diversas áreas, que contribuye a la entera satisfacción personal y a la autoestima. Por ello, los estudios sobre la calidad de vida han llegado a la misma conclusión: la mayoría de los estudios sobre la calidad de vida están malogrados por un diseño pobre y por métodos inadecuados de evaluación.

Levi y Anderson (1980, en Ramírez, 1998) describen que a partir de la propuesta de la Organización de las Naciones Unidas, que plantea a la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido y el ocio y los derechos humanos como los principales componentes de la calidad de vida, delimitan el concepto en la definición que proporcionan por calidad de vida, "entendemos una medida compuesta de bienestar físico, mental y social tal y como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa". De tal forma, la valoración que cada sujeto hace de su calidad de vida se basa en gran medida en un proceso cognitivo de comparación, cuyos criterios se relacionan con el propio nivel de aspiraciones, expectativas, grupos de referencia, valores personales, actitudes y necesidades.

Por otro lado, Abrahams y Hall (1973 y 1981, en Ramírez, 1998) definen la calidad de vida como una función de la satisfacción que experimentan los individuos, para medirla, y señalan la necesidad de inclinarse por indicadores sociales subjetivos y hacia problemas de cuantificación de los estados mentales. Para estos autores el origen de la expresión calidad de vida proviene de un fenómeno de conciencia, es decir, la conciencia de las consecuencias no deseadas provocadas por el desarrollo económico y la industrialización incontrolada contribuyen a poner de moda la calidad de vida.

Por su parte, Allardt (1975, en Ramírez, 1998) define la calidad de vida en términos de necesidades agrupadas en tres categorías:

TENER: necesidades que satisfacen con recursos materiales

AMAR necesidades de amor, amistad y solidaridad

SER que incluye necesidades de auto-realización

Al respecto, Naess (1974 y 1979, en Ramírez, 1998) expresa que la calidad de vida interior de una persona es más alta cuanto: 1) es más activa es, 2) tiene mayor autoestima, 3) tiene una relación mutua y estrecha con un sentido del nosotros, y 4) siente una sensación básica de alegría

Otra propuesta de la definición del concepto de calidad de vida es la de Lawton, Moss, Fulcomer y Kleban (1982, en Ramírez, 1998), quienes consideran la calidad de vida como el conjunto de valoraciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios de su vida actual. Shin y Jonson (1978, en Ramírez, 1998) la consideran como la posesión de los recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades y deseos individuales, la participación en las actividades que permitan el desarrollo personal y la comparación satisfactoria con los demás, aspectos dependientes todos del conocimiento y la experiencia previa de la persona

Para Bianco, (1985), Moreno y Jiménez (1996) (en Ramírez, 1998) la calidad de vida objetiva se refracta a través de las aspiraciones, de las expectativas, de las referencias vividas y conocidas, de las necesidades y valores de las personas, de sus actitudes, y es a través de este proceso que se convierte en bienestar subjetivo, por lo tanto, la calidad de vida no solo se muestra mediante indicadores objetivos. Al respecto, Capelli (1976, en Ramírez, 1998) opina que los indicadores socioeconómicos crecieron significativamente de 1957 a 1972, pero el número de personas que manifestaban felicidad disminuía progresivamente

Secchi (1996, en Cabrera, M., 2001) considera la calidad de vida como un fenómeno transcultural y subjetivo, y plantea que no hay "poca" ni "mucho" calidad, sino sencillamente, se tiene o no, la vida tiene calidad cuando se vive con vida

Con la influencia de la modernización, no se puede entender a la calidad de vida como el mayor consumo de bienes y servicios (esto es el nivel de vida) sino la "apreciación" de la propia vida, la valoración de las relaciones humanas y estilos de vida creativos y percepciones más personales del tiempo, el territorio y el cuerpo. La calidad de vida implica un cierto nivel de vida, aunque no se reduce a este último concepto (Vicent, 1985)

2.4 ELEMENTOS QUE CONFORMAN LA CALIDAD DE VIDA

San Martín y Paster (1990, en Cabrera M., 2001, y Cabrera R., 2001) divide las características del concepto de calidad de vida en 5 áreas:

1. Capacidad Funcional para desarrollar actividades diarias: capacidad para desempeñar el puesto de trabajo y la participación en actividades recreativas
2. Funciones Sociales: relación con los amigos, la familia y la comunidad
3. Funciones Intelectuales: capacidad de atención, memoria y habilidad para tomar decisiones
4. Estado Emocional: bienestar general incluyendo evaluación del nivel de ansiedad, depresión, sentimiento de falta, temor y cólera
5. Situación Económica: en función de mantener su nivel de vida en caso de perder la seguridad de solvencia.

La Organización de las Naciones Unidas (1991, en Cabrera R., 2001) considera que en la calidad de vida están implicados los siguientes elementos: Salud, Alimentación, Educación, Ocupación y Condiciones de Trabajo, Condiciones de Vivienda, Seguridad Social, Vestido, Recreación y Derechos Humanos

Para Rodríguez (1995) la calidad de vida es un constructo multidimensional con al menos 4 dominios:

1. **ESTATUS FUNCIONAL:** se refiere a la capacidad para ejecutar una gama de actividades que son normales para la mayoría de las personas. Las categorías frecuentes son el autocuidado (alimentarse, vestirse, bañarse y usar servicios), la movilidad (capacidad para moverse dentro y fuera de casa), y las actividades físicas (andar, subir escaleras, etcétera).
2. **PRESENCIA Y GRAVEDAD DE SINTOMAS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD Y RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO:** los síntomas físicos de los que los enfermos crónicos informan, como resultado del proceso de enfermedad o de tratamiento, son muy diversos en función del tipo de enfermedad, de su estado y de otros factores. Cada síntoma puede ser evaluado de muchas maneras, usando desde simples variables dicotómicas que representan su presencia o ausencia, a medidas de frecuencia de aparición, de la gravedad o de la duración.
3. **FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO (AJUSTE O ADAPTACION)**

PSICOLOGICOS). Esto se ve reflejado en varios estudios que demuestran niveles elevados de estrés psicológico entre los pacientes de enfermedades crónicas.

4. **FUNCIONAMIENTO SOCIAL:** el trastorno de las actividades sociales normales es bastante común en los enfermos crónicos, y es el resultado de diversos factores como: limitaciones funcionales debidas al dolor y/o fatiga, el miedo del paciente a ser una carga para los demás, el miedo por los síntomas o discapacidades, sentimientos de incomodidad entre los miembros de la red social del paciente, miedo al contagio. También hay que considerar las actividades del rol (desempeño de papeles sociales asociados con el trabajo y la familia)

Sin embargo, los elementos más destacados de la calidad de vida son: nivel de vida, estándar de vida, modo de vida, estilo de vida y bienestar social

NIVEL DE VIDA

Johanson (1970, en Ramirez, 1998) define el nivel de vida como "el dominio del individuo sobre los recursos de tipo monetario, propiedad, conocimiento, energía física y psicológica, relaciones sociales, de seguridad, etcétera, por medio de los cuales puede controlar y dirigir sus condiciones de vida." (p. 13)

Para García y Lima (1985, en Ramirez, 1998) el nivel de vida constituye la base material de la existencia cotidiana, lo que permite juzgar la presencia o ausencia de las condiciones "primarias" que se requieren para satisfacer las múltiples necesidades del hombre desde las elementales, alimentación, vestuario, vivienda, salud, etcétera, hasta las superiores como trabajo, enriquecimiento cultural y espiritual.

En general el nivel de vida se puede definir en 7 elementos según Knox (1974, en Ramirez, 1998) los cuales son: nutrición, salud, vivienda, educación, ocio, seguridad, excedente de renta y satisfacer las necesidades básicas

Asimismo, Chávez (1991, en Ramirez, 1998) propone que el nivel de vida expresa el grado y condiciones de satisfacción de las necesidades individuales y colectivas que goza una persona, una familia, un grupo y o una clase social

No obstante, en las ciencias sociales, la expresión se utiliza para hacer referencia a las condiciones reales de vida de la población, diferenciándola del término estándar de vida que designa aspiraciones, esperanzas e ideas en lo que concierne a las condiciones de vida que se consideran convenientes según fines determinados (Ramirez, 1998)

Así, el estándar de vida y la norma de vida se refieren a lo que debería ser el nivel de vida, evalúan lo que es en el momento (Ramírez, 1998).

Ramírez (1998) destaca que las principales ventajas del nivel de vida radican en que sus componentes miden con mayor efectividad el nivel de bienestar de la población, así como los niveles para la satisfacción de las necesidades, su valoración real, una medición del flujo y la pertenencia de los indicadores.

Para visualizar de mejor forma los indicadores sobre el nivel de vida, en seguida se presenta una tabla sobre los elementos más importantes de éste.

COMPONENTES DEL NIVEL DE VIDA

1. <i>SALUD y acceso al cuidado de la salud, habilidad para caminar 100 metros, curas autónomas de enfermedades, contacto con enfermeras y doctores.</i>
2. <i>EMPLEO y condiciones de trabajo, experiencias de desempleo, exigencias físicas del trabajo, posibilidades de salir del lugar de trabajo durante horas laborales.</i>
3. <i>RECURSOS ECONÓMICOS, ingreso y riqueza, propiedad, habilidad para cubrir gastos esperados de hasta 1 000 dólares en una semana.</i>
4. <i>EDUCACIÓN Y CAPACITACIONES, años de educación, nivel de educación alcanzado.</i>
5. <i>FAMILIA e integración social, estado civil, relaciones con amigos y parientes.</i>
6. <i>VIVIENDA, número de personas por habitación, comodidad.</i>
7. <i>SEGURIDAD DE LA VIDA Y DE LA PROPIEDAD, exposición a la violencia, robos.</i>
8. <i>RECREACIÓN Y CULTURA, actividades de tiempo libre, viajes de vacaciones.</i>
9. <i>RECURSOS POLÍTICOS, votar en las elecciones, ser miembro de sindicatos y partidos políticos, capacidad para presentar quejas.</i>

Tabla 1. Componentes y algunos indicadores típicos en las encuestas seneas sobre el nivel de vida (Fuente: Nussbaum y Sen, 1996, en Ramírez, 1998).

Ramírez (1998) expresa que el nivel de vida alto no equivale a disfrutar de todas las cosas buenas de la vida, esto tal vez no parece ser una desventaja. Hay otros aspectos buenos o malos de la vida. Quienes disfrutan de un alto nivel de vida no necesariamente están satisfechos y contentos. Allard (1975) y Campbell (1976) (en Ramírez, 1998) señalan que la asociación entre las condiciones y las satisfacciones es débil. Ambos son aspectos diferentes de lo bueno de la vida.

Asimismo, se puede observar que las personas no estarán más satisfechas cuando

sabe su nivel de vida general, si su ventaja relativa es el aspecto de las condiciones que influyen en su satisfacción, y en gran medida parece que este es el caso (Ramírez, 1998)

Respecto a la evaluación del nivel de vida, Erikson (1987, en Ramírez, 1998) considera que hay que tratar de evaluar el nivel de vida individual de una manera tal que este incluído tan poco como sea posible, por la evaluación que el individuo hace de su propia situación, lo cual es aceptable debido a que el "nivel de vida individual esta basado en gran medida en su "dominio sobre los recursos", los cuales pueden utilizarse para los fines que el mismo encuentra mas satisfactorios. Además, en lugar de usar indicadores objetivos y subjetivos para la evaluación del nivel de vida, es mejor usar indicadores descriptivos y evaluativos, como se explican a continuación:

INDICADORES DESCRIPTIVOS: al individuo se le pide que describa sus recursos y condiciones, por ejemplo, ¿qué tanto recibe usted como salario mensual?

INDICADORES EVALUATIVOS: se le pregunta al individuo por ejemplo, ¿esta usted satisfecho con su salario? o ¿qué tan buena es la calefacción en invierno?

MODO DE VIDA

Para García y Lima (1985, en Ramírez, 1998) "el modo de vida es la forma que adquiere la actividad vital, el género de vida del individuo, del grupo social, la clase y el pueblo en general, que actúa en una formación económico-social determinada" (p.15). De igual forma, sostienen que si el aspecto cuantitativo del modo de vida se expresa en determinado sistema de exponentes de bienestar material, el aspecto cualitativo se expresa ante todo, en el grado de libertad social, en las condiciones de desarrollo del individuo, en sus valores espirituales y culturales

Al respecto, Ramírez (1998) sugiere que el concepto de "modo de vida" contiene elementos generales de la forma de vivir del hombre en una sociedad, su lugar en el sistema de relaciones sociales y las posibilidades creadas por el régimen social en cuestión para la actividad humana, es decir, toma en cuenta el modo en que vive el hombre

ESTÁNDAR DE VIDA

Pigou (1952, en Ramírez, 1998) define al estandar de vida como "la parte del bienestar social que puede relacionarse directa o indirectamente con la escala de medición monetaria" (p.17)

No obstante, para Nussbaum y Sen (1993) el estandar de vida debe incluir todos los

aspectos de la calidad de vida, por lo que en un país en desarrollo, gran parte de la población padece mala salud, y la endémica es un aspecto de bajo estandar de vida del país. En un caso, en el hombre rico, la mala salud es accidental. En el otro caso, el del país pobre, es una consecuencia de las privaciones materiales. En el primer caso, se le excluye del estandar de vida, en el segundo, se le incluye.

La evaluación del estandar de vida puede admitirse sólo en dos formas. 1) agentes individuales pueden evaluar sólo pequeños cambios en los estandares de vida, así la ventaja económica nienta en su habilidad para integrar la obtención de una medida global. 2) el individuo puede no estar plenamente informado de sus posesiones, o del estado de su grupo. Los habitantes de una ciudad pobre, por ejemplo, pueden no admitir que ellos están enfermos y las consecuencias de su mala salud aunque un experto se los dijera. Ambos casos son realmente el mismo: ellos tienen una visión imperfecta de la parte del individuo (Nussbaum y Sen, 1993).

Por otro lado, si el estándar de vida puede ser medido en términos del poder adquisitivo, entonces se puede medir el estándar alto en la vida en términos de pagar una renta alta comprando una calidad de vida económica. Por ejemplo, si definimos un número determinado de medidas de la diferencia entre el estándar de vida de dos estaciones como la diferencia entre dos índices de precios, entonces la diferencia es expresada en términos de poder adquisitivo real. Quizá el estandar de vida puede ser medido en términos de la utilidad que hace posible, en lugar de las cantidades de bendades que permite el poder adquisitivo (Nussbaum y Sen, 1993).

Debido a que en el estandar de vida también están involucrados aspectos "subjetivos", Rodríguez (1995) indica que uno de ellos es el amor, explicando por ejemplo que existen numerosos estudios que han encontrado que las personas casadas informan de un bienestar subjetivo mayor que cualquier otra categoría de personas no casadas. En algunos estudios el matrimonio era el predictor más potente del bienestar subjetivo, incluso cuando se controlaba el efecto del nivel educativo, el nivel de ingresos y del estatus ocupacional. Por lo tanto, la satisfacción con el matrimonio y con la vida familiar es uno de los predictores más importantes del bienestar subjetivo.

ESTILO DE VIDA

Este aspecto es de gran relevancia para el entendimiento del comportamiento

humano de cada sociedad, así como para conocer la calidad de vida de la misma. Por ello, y como incluye diversas acciones, comportamientos, actitudes, etcétera. Se explica con más detalle en el capítulo anterior. Sin embargo, se describirá su concepto a continuación.

Bliss (1993, en Ramírez, 1998) plantea que un estilo de vida implica tanto un conjunto de consumo como las preferencias.

Por su parte, Magalín (1974, en Ramírez, 1998) describe el estilo de vida como una especificación en común del conjunto de consumo y de las preferencias, esta estrechamente relacionado con la productividad de la economía. La estricta disciplina de trabajo de las sociedades industriales, con ese estilo de vida determinado, hace posible una alta productividad que resulta en un número mayor de elecciones de consumo, a la vez que reduce la elección con respecto a la forma y cantidad de trabajo que realiza el sujeto.

Por esto, Ramírez (1998) argumenta que se podría caracterizar al estilo de vida occidental como adquisitivo y consumista, con un énfasis en el trabajo como una actividad valiosa y satisfactoria.

No obstante, la calidad de vida depende de las circunstancias socioeconómicas. En algunas sociedades, la disponibilidad de alimentos, agua, saneamiento, vivienda, vestido y trabajo en cantidades suficientes puede servir de base para evaluar la calidad de vida, además de factores como medios educativos, culturales y sanitarios, recreación, deporte, una vida social y sexual satisfactoria y un medio ambiente suficientemente seguro y confortable (Ramírez, 1998).

Asimismo, Ramírez (1998) señala que un esfuerzo de elaboración de un indicador único de desarrollo es el índice de calidad física de la vida, que pretende medir el nivel de progreso alcanzado por un país en la satisfacción de sus necesidades básicas. El punto de partida de ese indicador estaría medido en términos de esperanza de vida, mortalidad infantil y analfabetismo, pues se considera que estos indicadores miden escasamente los resultados del desarrollo.

BIENESTAR SOCIAL.

La palabra bienestar puede estar relacionada a diversos aspectos de la vida de las personas, en áreas como la economía, lo social y lo personal, no obstante este término está frecuentemente relacionado con servicios públicos y la economía (factores objetivos).

Al respecto, Nussbaum y Sen (1993) definen al bienestar económico como aquella

parte de bienestar social que puede ser correlacionado directa o indirectamente con las medidas del poder adquisitivo. También plantean que el bienestar personal y la calidad de vida se parecen, al elevarse con algún incremento en las funciones de las personas y en sus capacidades para o libertades que tienen para elegir entre diferentes formas de vida.

Chavez (1991, en Ramirez, 1998) define al Bienestar Social, como las leyes, programas, políticas, acciones y servicios que se establecen para asegurar, mejorar y fortalecer, la provisión de todo aquello que se considera necesidades básicas y no básicas tendientes a lograr el bien humano y social.

En el siglo XX las organizaciones internacionales se preocupan por el bienestar humano, una de estas es la Organización de los Derechos Humanos, la cual señala algunos componentes básicos dentro de los llamados bienes sociales o bienes del hombre:

- a) El bienestar del pueblo o de los ciudadanos, no es individual, es de todos, es lo que se conoce como seguridad social o bienestar jurídico.
- b) La dignidad o libre desenvolvimiento debe estar al alcance de la personalidad.
- c) La importancia de que toda la sociedad goce de derechos económicos y sociales, es decir, bienestar económico y social que se traduce en educación, salud, trabajo, alimentación, habitación, transporte, etcétera. (Ramirez, 1998).

La Organización de los Derechos Humanos considera que el bienestar social es un objetivo de la sociedad política y es papel del Estado garantizar el cumplimiento de ese objetivo de bienestar colectivo, por cuidar de las políticas sociales a través de directrices y programas, así como establecer las estrategias para alcanzarlas (Ramirez, 1998).

Por lo tanto, para lograr valorar el grado de bienestar social de un pueblo o de un país, se han realizado diversos indicadores que permiten diagnosticar condiciones de vida, los más representativos para Ramirez (1998) son: Ingreso per capita, Mortalidad infantil, Disponibilidad de alimentos, Tasa de alfabetismo, Vivienda, Educación y Cultura.

Sin embargo, para la ONU (1961, en Ramirez, 1998) los componentes e indicadores del nivel de vida son: Salud, Consumo de Alimentos y Nutrición, Educación, Empleo y Condiciones de Trabajo, Consumo y Ahorros Globales, Transporte, Vivienda, Vestido, Esparcimiento y Recreo, Seguridad Social, Libertades.

Al respecto, el modelo de Eric Allardt incluye: AMAR (se puede medir mediante el nivel de vida, medida de reciprocidad, grado de soltaridad y afiliación social, medida de

comunidad, igualdad económica, medida de presión hacia la conformidad, grado de coerción social). SER (sus indicadores son: el nivel de vida, número de personas con participación cívica activa, medidas de participación y acción social, medidas de competencia cívica, igualdad económica, igualdad en los recursos políticos, medidas de diferenciales de poder y variaciones en la estabilidad de influenciar decisiones, justicia económica, justicia política, indicadores de discriminación y limitaciones de acceso políticos y público).

El bienestar o el nivel de vida, (en la visión europea) parece estar fundamentado en las necesidades de las personas o en sus recursos. Si se decide que las necesidades son lo más importante, entonces lo que interesa es "el grado de satisfacción de las necesidades". Si se da mayor importancia a los recursos, entonces lo que interesa es más bien la capacidad del hombre para satisfacer esas necesidades o controlar y dirigir conscientemente sus condiciones de vida, así el nivel de vida del individuo será una expresión del espacio de acción (Ramírez, 1998).

Para Sen (1987, en Ramírez, 1998) el rasgo central del bienestar es la habilidad para lograr un funcionamiento valioso.

Ramírez (1998) destaca que no existe ninguna teoría universal que pueda guiar la decisión de cuáles son los recursos y las condiciones más importantes, por lo tanto, es necesario basar la elección sobre las consideraciones generales.

Respecto a la medición del nivel de vida, bienestar o felicidad han surgido numerosos incongruencias sobre como medirlas y quién debe hacerlo de la mejor manera.

En relación a esto, Ramírez (1998) explica que si la noción de bienestar se basa en las necesidades, parece muy natural medir su nivel preguntando a las personas si están o no satisfechas, mientras que esto parece menos obvio si la noción se basa en los recursos. El problema con una noción que se basa en la propia evaluación que las personas hacen de su grado de satisfacción es que en cierta medida esta determinado por el nivel de sus aspiraciones, esto es, por lo que consideran que se merecen. Esto significa que medir que tan satisfechas están las personas es casi equivalente a medir que tan bien se han adaptado a sus condiciones actuales. Las personas que han experimentado condiciones de vida muy desventajosas durante mucho tiempo resultan ser las que están más satisfechas, y por lo tanto, de acuerdo con esa definición, serán las que tienen un nivel de vida mayor que una

persona que está acostumbrada a normas muy altas, pero que recientemente ha experimentado un retroceso aunque sea poco importante, lo cual le parece inaceptable.

Erikson (1987, en Ramirez, 1998) dice que es de gran interés descubrir la forma en que los recursos de las personas influyen en su nivel de satisfacción y, por su puesto, la forma en que esto a su vez influye en sus recursos y condiciones. Pero sugiere que el bienestar o el nivel de vida debe medirse en términos de recursos y condiciones y que se les mide mejor usando indicadores descriptivos.

OTROS ELEMENTOS DE LA CALIDAD DE VIDA

Indudablemente, la calidad de vida afecta y es causa de aspectos subjetivos como la felicidad, el amor y el sentido de la vida, por ello en este espacio se describen estos y su relación con la vida.

FELICIDAD

"Todo el mundo aspira a la vida dichosa, pero nadie sabe en que consiste." Séneca

La felicidad puede ser definida como "lo más fácil de tener y lo más difícil de encontrar" y esta relacionada frecuentemente con tres elementos: salud, dinero y amor. Aunque se puede encontrar que contando con dichos elementos no siempre se es feliz, debido a que algunas veces no se valora lo que se tiene (Carrasco, 1997).

Para Yutang (1990) toda felicidad humana es felicidad biológica, es decir científicamente toda felicidad es sensoria. La felicidad para este autor es en gran parte cuestión de digestión; si se mueven los intestinos se es feliz. En este sentido, la felicidad frecuentemente es negativa: la completa ausencia de pesares o mortificaciones o dolores físicos. Pero la felicidad puede ser también positiva, y entonces la llamamos alegría.

Asimismo, Yutang (1990) enfatiza que para el urto de los elementos de felicidad es cuando viaja en un día de verano, teniendo seca la garganta de sed, y ve un hermoso río limpio, cuyo sonido mismo le hace feliz, y se mata los zapatos y los calcetines y hunde sus pies en la deliciosa agua fresca. También argumenta que si el hombre es menos feliz en las ciudades que en el campo, es porque las variaciones y matices del perfume y el sonido son menos marcados, y se pierden en la monotonía general de las grises paredes y las calles de cemento.

Sin embargo, existen factores que pueden obstaculizar la felicidad misma. En relación a esto Carrasco (1997) expresa que siempre queremos más de todo y la ambición nos lleva a

persona que está acostumbrada a normas muy altas, pero que recientemente ha experimentado un retroceso aunque sea poco importante, lo cual le parece inaceptable.

Erikson (1987, en Ramirez, 1998) dice que es de gran interés descubrir la forma en que los recursos de las personas influyen en su nivel de satisfacción y, por su puesto, la forma en que esto a su vez influye en sus recursos y condiciones. Pero sabemos que el bienestar o el nivel de vida debe medirse en términos de recursos y condiciones y que se les mide mejor usando indicadores descriptivos.

OTROS ELEMENTOS DE LA CALIDAD DE VIDA

Indudablemente, la calidad de vida afecta y es causa de aspectos subjetivos como la felicidad, el amor y el sentido de la vida, por ello en este espacio se describen estos y su relación con la vida.

FELICIDAD

"Todo el mundo aspira a la vida dichosa, pero nadie sabe en que consiste" Seneca

La felicidad puede ser definida como "lo más fácil de tener y lo más difícil de encontrar" y esta relacionada frecuentemente con tres elementos: salud, dinero y amor. Aunque se puede encontrar que contando con dichos elementos no siempre se es feliz, debido a que algunas veces no se valora lo que se tiene (Carrasco, 1997).

Para Yutang (1990) toda felicidad humana es felicidad biológica, es decir, científicamente toda felicidad es sensoria. La felicidad para este autor es en gran parte cuestión de digestión, si se mueven los intestinos se es feliz. En este sentido, la felicidad frecuentemente es negativa: la completa ausencia de pesares o mortificaciones o dolores físicos. Pero la felicidad puede ser también positiva, y entonces la llamamos alegría.

Asimismo, Yutang (1990) enfatiza que para él, uno de los elementos de felicidad es cuando viaja en un día de verano, teniendo seca la garganta de sed, y ve un hermoso río limpio, cuyo sonido mismo le hace feliz, y se quita los zapatos y los calcetines y hunde sus pies en la deliciosa agua fresca. También argumenta que si el hombre es menos feliz en las ciudades que en el campo, es porque las variaciones y matices del perfume y el sonido son menos marcados, y se pierden en la monotonía general de las grises paredes y las calles de cemento.

Sin embargo, existen factores que pueden obstruir la felicidad misma. En relación a esto Carrasco (1997) e expresa que siempre queremos más de todo y la ambición nos lleva a

la infelicidad. No obstante, tal autora argumenta que podemos encontrar la felicidad aun en un día gris, realizando lo siguiente:

1. Hablar solo de salud, felicidad y prosperidad a toda persona que conozca
2. Hacer que todos tus amigos sientan que hay algo de valor dentro de ellos
3. Mirar el lado bueno de todas las cosas y hacer que este optimismo se haga verdadero
4. Pensar solo lo mejor, trabajar sólo para lo mejor y esperar solo lo mejor
5. Sentirse tan entusiasta con el éxito de los demás, como con el nuestro.
6. Olvidar los errores del pasado y aferrarse a los grandes logros que alcanzamos cada día
7. Mostrar una cara sonriente y alegre todo el tiempo y brindarle a cada criatura viviente que hallemos a nuestro paso una sonrisa.
8. Ocuparnos tanto del mejoramiento de nosotros mismos que no nos demos tiempo para criticar a los demás
9. Sentirnos demasiado grandes para preocuparnos, demasiado nobles para encolerizarnos, demasiado fuertes para temer, demasiado contentos para tolerar la presencia de las dificultades.
10. Cuando sientas que eres bienvenido, querido y admirado por las personas que quieres entonces sabrás que la felicidad esta en ti mismo

AMOR

El Amor es una emoción indescriptible, fácil de sentir y de expresar, pero difícil de definir. El amor no es exclusiva del ser humano, de la edad o de los miembros del sexo opuesto. El amor se puede evocar por la presencia o el recuerdo de una persona, un animal, una planta, una actividad o un objeto. El amor puede ser realidad o ilusión, significativo o sin sentido, puede traer tristeza o felicidad, puede cambiar por el transcurso del tiempo (Viamonte, 1993).

Viamonte (1993) afirma que las personas pueden y deben experimentar muchas formas de amor durante su vida. El amor es un proceso y una combinación de experiencias instintivas y aprendidas. El amor crea, sana y proporciona placer, además es el instrumento más importante y efectivo para la comunicación entre las personas, todos necesitamos amar y ser amados. Asimismo, este autor expresa que la neurosis y la psicosis probablemente tienen su origen en frustraciones de amor, igual que muchas enfermedades, accidentes, guerras, desastres y revoluciones.

Para Fromm (1974, en Viamonte, 1993) el amor requiere de 4 cualidades:

INTERÉS: el interés verdadero en el bienestar, el desarrollo y la felicidad del ser amado.

RESPECTO: significa la aceptación de la otra persona tal como es y de su derecho a ser así y no como uno quisiera que fuera.

RESPONSABILIDAD: significa asumir la responsabilidad de cuidar a la otra persona con entrega y generosidad.

CONOCIMIENTO: es indispensable saber quien es en realidad la otra persona, sus valores y sus deseos.

Además de estas cualidades Viamonte (1993) añade otra:

COMUNICACION, debe ser abierta, sincera y explícita, la parte más importante es saber escuchar.

Por otro lado, Yutang (1990) describe que el amor al prójimo no debe ser una doctrina, un artículo de fe, un punto de convicción intelectual o una tesis apoyada en argumentos. El amor por la humanidad que requiere razones, no es un verdadero amor. Este amor debería ser perfectamente natural, tan natural para el hombre como lo es para los pájaros agitar las alas. Un hombre que ame de verdad a los árboles no puede ser cruel con sus semejantes. En un espíritu perfectamente sano, que obtiene una visión de la vida y de sus semejantes, y un conocimiento verdadero y profundo de la naturaleza, la bondad es cosa natural. Esa alma no necesita ninguna filosofía o religión hecha por el hombre que le ordene ser buena, porque su espíritu ha sido nutrido a través de sus sentidos, algo apartado de la vida artificial. Ese hombre puede conservar una verdadera salud mental y moral.

SENTIDO DE VIDA

El propósito de la vida debe ser dividido en dos, según Yutang (1990): la de un propósito divino (que Dios ha fijado para la humanidad) y la de un propósito humano (un propósito que la humanidad debe establecer para sí).

Fernández (1994) plantea que el ser humano tiene necesidad de hallarle sentido a todo lo que sucede en su existencia. Incluso es necesario transformar el dolor y el padecimiento en algo con sentido positivo. Además, esta búsqueda de sentido vital constituye un prerrequisito para que un individuo o conjunto de individuos se sientan motivados para comportarse de una forma saludable, ya que si se lleva una vida que no tiene sentido tal vez no tenga valor el tratar de comportarse de una forma saludable para

conseguir una calidad de vida subjetiva y objetiva que sea personal y socialmente relevante. Y el sentido no es algo que se busque racionalmente, sino que más bien se encuentra.

Yutang (1990) considera que el objeto de vivir es gozar verdaderamente la vida, no es tanto un propósito consciente como una actitud natural hacia la vida humana. La cuestión que afronta a todos los hombres no es la de cual debe ser su propósito, que debe tratar de lograr, sino, que hacer con la vida, una vida que se le da por un período. La respuesta de que debe ordenar su vida de manera de poder encontrar la mayor felicidad en ella es más una cuestión práctica, similar a la de cómo debemos pasar un fin de semana, que una proposición metafísica en cuanto a cual es el propósito místico de su vida en el plan general del universo.

Por otro lado, la cuestión del sentido de la vida debe ser dividido en dos: la de un propósito divino y la de un propósito humano. Respecto a este último, cada hombre proyecta sus propios conceptos y su propia escala de valores. Esta es la razón por que disputamos sobre ella, porque nuestras escalas de valores difieren una de otra (Yutang, 1990).

Asimismo, en confrontación con la muerte el sentido de la vida toma una posición diferente. Por ello, Torres y Beltrán (1986) señalan que al tener conciencia de la muerte, la enfermedad y la vejez, el individuo debe sentir necesariamente su insignificancia y pequeñez en comparación con el universo y con todos los demás que no sean él. A menos que pertenezca a algo, a menos que su vida posea algún significado o dirección, se sentirá como un partícula de polvo y se verá aplastado por la insignificancia de su individualidad.

Finalmente, considerando el análisis del concepto y los elementos involucrados en la calidad de vida, se clarifica que este proceso necesariamente es una parte fundamental de la vida humana tanto en su área objetiva como subjetiva, para lograr el bienestar, la felicidad, un nivel de vida satisfactorio, entre otras cosas. Sin embargo, un elemento de gran importancia incluido en la calidad de vida es la muerte, la cual indudablemente influye en su estado de salud como en su calidad de vida, por ello en el siguiente capítulo se abordará dicho término.

CAPITULO 3 LA MUERTE

CARTA A LA MUERTE

*MUERTE, ¿no sabes cuán hermosa eres,
A cada paso te encontramos por doquier,
Aunque todos sepamos de ti,
Solo muertos te conocemos,
Y aunque temerosos de ti estaremos,*

*MUERTE, ¿no sabes cuán hermosa eres,
Cuando te presentas con previo aviso,
Cuando das tiempo de arreglar lo desatregado,
Cuando nos llevas a alguna extenuante
En el organismo destruido por vivir,
Y cuando te presentas menos veces a la vez,*

*MUERTE, ¿puedes acaso descansar,
Después de tanto trabajo?
Inocentemente, el descanso eterno
Se encuentra a tu
Y me ¿cambiará de ris
Yo... sí.
Canción N. 12000.*

La muerte es un suceso natural en la vida de todos los organismos. No obstante, el cómo la experimentamos causa gran expectativa, debido a todas las repercusiones económicas, psicológicas, e incluso, religiosas que implica. Por ello, el ser humano (el único ser vivo que sabe que va a morir) se ha encargado de estudiarlo desde la antigüedad hasta la actualidad, desarrollando una disciplina que se encarga de todo lo relacionado con la muerte, llamada TANATOLOGÍA, la cual para Moragas (1991) fue propuesta por Meirinkoff en 1963 como un campo específico de la gerontología, desarrollada después de la Segunda Guerra Mundial.

La Etimología del griego TANATOS MUERTE, analiza aspectos de antropología cultural que le pertenecen a cada una de las costumbres, creencias de los entornos, así como las dificultades conceptuales que existen en la definición de muerte de una persona (Viamonte, 1993).

Así mismo, la Tanatología se dedica a atender a los enfermos terminales y se basa en el principio de cuidar más allá de curar, se propone disminuir los sufrimientos de los

nacientes, mejorar su calidad de vida, ayudar a que se preparen para la muerte, que logren, si es posible un aprendizaje de esta experiencia trascendente, que se reconcilien con la vida, en lo posible, antes de su partida, además se encarga de la atención al cuerpo muerto y del proceso de duelo de los familiares (Rojas, 1999). Tales aspectos se describen a continuación.

3.1 ASPECTOS CULTURALES

ANTIGUAS CULTURAS DE MÉXICO

Entre los antiguos mexicanos, la muerte era un fenómeno siempre presente en la sociedad, no se ocultaba, se ponía al descubierto y se enfrentaba, por lo que al parecer la carga psíquica que da un tinte trágico a la existencia del mexicano, hoy como hace dos o tres mil años, no es el temor a la muerte sino la angustia ante la vida (Pereda, 1988).

Los Mexicas afirmaban que la tierra es lugar de mucho llanto y amargura, no le temían a su dios de la muerte Mictlantecuhtli, sino temblaban ante la incertidumbre que es la vida del hombre, representada por Tezcatlipoca, el dios de la vida (Ortiz, 1997). Cuando los mexicas se encontraban en Aztlan, el dios solar Huitzilopochtli, era un dios de la guerra y por tanto sangriento. Su nombre significaba "colibrí zurdo". Por razones biológicas el colibrí tiene un corazón muy grande con respecto a su tamaño, un tercio de su peso lo constituye su corazón, de ahí que se alimentara al sol con corazones humanos, lo cual era el tributo del hombre para alimentar al sol. La muerte de los sacrificados, al alimentar al sol, hacía que el universo continuara en marcha. Por tanto, la muerte es fuente de vida, ya que permite que la vida continúe (Pereda, 1988).

Para los Mayas el dios de la muerte era Ah Puch. El maya creía en la inmortalidad del alma y que esta iba a un lugar de eterno placer o al Mithal, equivalente al infierno y reino de Hunbac, príncipe de los demonios. El sacrificio humano, introducido por los Aztecas, tomó forma maya en el Cenote (Pozo Natural) de Chichen Itza. La sangre constituía el elemento capital en el sacrificio, el elemento vital con el que morían los dioses (García-Pelayo, 1985). Además, los mayas le llamaban al niño recién nacido "misionero de vida", ya que para ellos la muerte libera al hombre de la cárcel que es la vida (Westheim, 1983).

La cultura Azteca (llamada pueblo del sol o pueblo de la muerte) tenía un dios principal Huitzilopochtli y exaltaban el culto a la muerte, una muestra de ello es el Templo

Mayer (Ortiz, 1993). Cuando alguien nacia, inmediatamente los Aztecas consultaban el calendario para ver bajo que advocacion habia nacido. Asi, dependiendo del dia de nacimiento, las estrellas le preparan un destino y una muerte determinada. En la cosmovision azteca del universo, existia la idea de que los dioses habian creado a los hombres para ser servidos y continuar con el crecimiento universal (Pereda, 1988).

En los Aztecas no existia la concepcion cristiana de un total libre albedrio que determinara castigos o recompensas despues de la muerte. El hombre era libre en cierta medida pero tenia obligaciones que cumplir, no tanto por miedo a un castigo sino para ayudar a que el universo en que vive y muere, continuara moviendose adecuadamente. El destino del hombre mas alla de la muerte no estaba determinado por la conducta, sino por el tipo de muerte que habia tenido. Asi, el tipo de muerte estaba predeterminado en gran parte por el destino y, en minima parte por las actividades de los hombres (Pereda, 1988).

Los Aztecas consideraban que el sol fue creado por el sacrificio del dios Nanahuatzin, siendo una de las condiciones del sol para convertirse en las estrellas. Asi, el hombre imito a los dioses al morir para que la vida continuara (Pereda, 1988). Por lo tanto, en la cultura azteca la muerte no era absoluta en el hombre, sino de los propios dioses.

Asimismo, los Aztecas justificaban teologicamente la muerte por sacrificio, porque tiene una base esencial, el hecho de que la guerra queda asi plenamente justificada y aceptada ya que esta sera la principal fuente de sacrificados, pero tambien la guerra es una de las principales fuentes para el sostenimiento economico de Tenochtitlan junto con la agricultura. Ademas, desde el nacimiento se enterraba la placenta en el campo de batalla como una liga magica de atraccion para el recién nacido, aun mas, la muerte en la guerra era deseada (Delgado, 1998).

En la cultura Tolteca se encuentra que el dios Quetzalcoatl se sacrifico despues de haber cometido algunos errores y de las masas que quedaron despues de su incineracion, resucito su corazon, convirtiendose en la estrella de la mañana o el planeta Venus, anunciador del nuevo dia, de la vida que vuelve a nacer. Los hombres imitaban a los dioses con trabajo y sacrificios para que la vida continuara (Pereda, 1988).

Se tiene asi, que el hombre es creado por el universo y este continua gracias al hombre. Creado y creador de vida estan unidos en la vida y en la muerte.

Leon Portilla (1979) y Lopez (1984) (en Pereda, 1988) concuerdan en que habia

cuatro sitios a donde iban los muertos, dependiendo del tipo de muerte que habían tenido, según las culturas prehispánicas:

1. **TLALOCAN:** ahí se encontraban los ahogados, los muertos por un rayo, los hidrópicos, los golosos y los muertos en sacrificio en honor a Tlaloc. Este lugar era un paraíso en donde la única estación era el verano, encontrándose siempre una tierra fértil, abundancia de agua y de frutos. Este lugar era un paraíso para el labrador.

2. **MICTLAN:** estaba gobernado por el dios Mictlantecuhtli y su mujer Mictecacihuatl. A este sitio iban los que habían muerto en forma natural, es decir, por enfermedad o vejez. Era el paraje menos glorioso de todos. Llegar al Mictlan implicaba muchos peligros durante cuatro años, por ejemplo había que atravesar un lugar donde el viento sopaba muy fuerte trayendo piedras filosas (Sahagún, 1979, en Pereda, 1988). Por último era necesario cruzar un río llamado Chiconahuapan; para cruzarlo, el difunto era ayudado por un perro que se sacrificaba en los funerales de éste. El sacrificio del animal era indispensable, ya que al hacerlo cuando el muerto estaba en una orilla, el perro se encontraba en la otra orilla, reconocía a su amo e iba a ayudarlo. Cruzando el río, se encontraba a Mictlantecuhtli; después de esto se piensa que ante la presencia del dios la aniquilación era total o que la vida continuaba de una forma oscura.

3. **CHICHIHUACUAHUE:** a este sitio iban los niños que morían antes de tener uso de razón, donde había un gran árbol cuyos frutos eran senos de los que goteaba leche que los niños mamaban. Los niños tenían que pasar una eterna infancia cogidos de este árbol. Se consideraba un paraíso infantil.

4. **TONATIHUICATL O CIELO DEL SOL:** era el lugar más glorioso de todos al que iban los muertos en combate, los muertos en sacrificio a los dioses y las mujeres que fallecían durante el parto. Las actividades que tenían que realizar los guerreros era acompañar al sol (Huitzilopochtli) en su camino desde el amanecer hasta el cenit; lo acompañaban los cantos y haciendo sonar sus escudos. Al llegar a la mitad del firmamento dejaban al sol y lo acompañaban ahora las mujeres guerreras hasta el ocaso. Después de haber cumplido con esta misión durante cuatro años, los muertos se convertían en cometas que chupaban el néctar de las flores del cielo y de la tierra. Al parecer este estado feliz era eterno.

 Cuando se moría en la guerra, en ocasiones no era posible trasladar los restos a uno

numero de cadáveres, tomando en cuenta que el transporte era a pie, se tomaba una fecha del difunto para realizar los funerales en la ciudad, para lo cual se tallaba una figura en madera que representaba el cadáver (Pereda, 1988).

Se enterraban a los que habían tenido una muerte bajo la advocación de Tlaloc, los demás eran cremados. Había sacerdotes especiales que realizaban estos ritos en cuanto a que en su mayoría preparaban el cadáver envolviendolo en papel amate o en mantas que se ataban con mechales (Pereda, 1988).

Al muerto le ponían una piedra preciosa dentro de la boca que le serviría de corazón en la otra vida. Esta piedra era de la calidad que le permitía la posición económica del difunto. De acuerdo al tipo de muerte se vestía al difunto como el dios que representaba el tipo de muerte. Posteriormente se unían al cuerpo diversas ofrendas que iban a servirle en su vida al más allá y se realizaban los funerales al cuarto día. Si el difunto era rey se sacrificaban algunos esclavos para que continuaran sirviendole en la otra vida y también un perro bermejo. En el caso de la gente de mas bajo rango, solo se sacrificaba al perro (Pereda, 1988).

Una vez incinerado el cadáver, se recogían las cenizas y la piedra que se había puesto en la boca. Se metían estas en una caja que era enterrada en el templo. Las fiestas funerarias continuaban a los 20, 40, 60 y 80 días. Después de cada año, siendo el último e cuarto año en que ya se había llegado al Mictlan o a otro lugar. Cabe señalar que no siempre eran incinerados los cadáveres, algunas veces se enterraban a los reyes en bóvedas junto con joyas, armas y demás ofrendas (Pereda, 1988).

Generalmente los pueblos no civilizados creen que mientras no se celebre el rito de los funerales, el muerto puede volver y castigar a los vivos. El temor de sufrir este nefasto poder, origino el culto a los difuntos, que algunos pueblos no civilizados llevan a veces a un punto extremo al creer que el alma de la persona desaparecida puede reencarnarse en el cuerpo de algún animal o planta, o tener alguna segunda existencia activa y personal en forma de espíritu. La "sombra" del muerto estaba siempre presente entre los miembros de la tribu y gozara del culto e invocación por parte de los vivos. En Madagascar, por ejemplo, el culto a los antepasados sigue existiendo porque se considera que los difuntos ayudan a los vivos desde la tumba y por lo tanto se sacrifican bacques y se organizaban periódicamente funerales en su honor (García-Pelayo, 1985).

LA CULTURA INDIA

Esta cultura considera que todo lo que nace muere necesariamente y al nacer, vuelve a morir, considerándose así, la inevitabilidad de la muerte sin que exista razón alguna para la aflicción ante ese suceso. El renacimiento de las personas fallecidas tanto buenas como malas era recompensado de acuerdo a sus actos precedentes a la muerte (Pereda, 1988). La calidad de vida después de la muerte era determinada por el grado de fidelidad de una persona para ejecutar los ritos religiosos y conducta moral (Long, 1975, en Pereda, 1988).

La cultura Indi considera que la muerte conduce a una fusión con el cosmos al desprenderse de todo apego del mundo, ayudando esta postura al hombre a una reconciliación con su propia muerte, al percibir el renacimiento como una pesadilla. Asimismo, ésta cultura afirma que el alma no solo es inmortal sino eterna, es decir, que el alma ha estado en existencia eternamente antes de estar encarnada y que puede permanecer en existencia eternamente después de haberse desencarnado (Pereda, 1988)

LA CULTURA GRIEGA

La cultura griega en el siglo V a. e. consideraba la vida como algo pésimo y no a la muerte, lo cual está representado en las siguientes frases:

"Lo mejor de todo es no haber nacido, pero ya que uno hace su aparición en este mundo, lo mejor es volver nuevamente otras tan rápido como pueda ser" (Sófocles, s.f en Pereda, 1988)

"Encomarse con la muerte es el mejor final que la vida humana puede tener, ya que uno tomaba esta oportunidad para hacer manifiesto que para un ser humano es mejor estar muerto que estar vivo" (Herodoto, s.f en Pereda, 1988)

Los griegos valoraban como un tesoro la brevedad de la vida de un ser humano y les disgustaba que se prolongara esta. Sneiderman (1976, en Pereda, 1988) indica que muchos griegos no se entusiasmaban por morir tempranamente, aun cuando existía la idea de que aquellos a quienes amaban los dioses morían jóvenes (Pereda, 1988)

Sin embargo, Fromm (1962) señala que los griegos imaginaban la muerte como una vaga y oscura continuación de la existencia.

La cultura griega creía en la inmortalidad del alma, en la transmigración de esta en una reencarnación a otra (Toynbee, 1968, en Pereda, 1988). Los griegos también consideraban que con la inmortalidad contribuían a su estado, viviendo así en la memoria de los demás.

(García, 1998, en Pereda, 1988).

Platón afirmaba que las almas de los hombres regresaban a la tierra para convertirse en varones sabios. Platón enseñaba que el alma se separaba del cuerpo a la hora de su muerte y que una vez libre, conversaba con otros espíritus, casi siempre familiares o amigos. Describiendo que eso tenía lugar en un sitio brillante, pero que llegaba el momento en que el alma tenía que salirse de ahí para enfrentarse al juicio, pasando ante sus ojos todos los actos de su vida durante este (Pereda, 1988).

LA CULTURA EGIPCIA

Esta cultura posee "El Libro Egipcio De los Muertos", el cual prescribe las acciones que deben realizar los vivos después de la muerte de algún familiar o miembro de la comunidad (Becker, 1977, en Aizpuru, 1994). Los egipcios basaban sus esperanzas en la creencia de la indestructibilidad del cuerpo humano o, por lo menos del cuerpo de aquellos que durante su vida habían ejercido un poder indestructible (Fromm, 1962).

Rawlings (1982, en Pereda, 1988) explica que el egipcio es uno de los pueblos con más devoción por el hecho de muerte y por la fe en el más allá, percibiendo a la muerte como una interrupción de la vida, pero no como un final.

Kastenbaum y Aisenberg (1976, en Pereda, 1988) argumentan que esta cultura le da una connotación a la cesación de la vida, o de las funciones vitales del ser humano, de un proceso gradual que puede ser análogo a otros eventos transitorios como el nacimiento, el matrimonio, etcétera. Comenzando el proceso de muerte para la comunidad al presentarse el fallecimiento físico de la persona.

Los egipcios buscaban la inmortalidad personal, por lo que preparaban cuidadosamente a sus muertos, colocando en sus tumbas los ornamentos, artículos de tocador, armas, herramientas, alimentos, bebidas y en ocasiones sirvientes (a los que se sacrificaba para que acompañaran a sus amos) y hasta sus animales favoritos. Se pensaba que la siguiente vida requería de las mismas comodidades que esta (Pereda, 1988). Además, Tombee (1977, en Pereda, 1988) afirma que entre más alta era la categoría del difunto, más lujosa era su tumba.

Ante la cesación física, los egipcios proporcionaban un entierro provisional, considerando que el alma del difunto permanecía cerca del resto de los habitantes, mientras los sobrevivientes ejecutaban el trabajo necesario de luto. Dándose el entierro y los ritos

por terminado una vez que se creía que el cuerpo había alcanzado un estado de putrefacción así se estimaba que el alma había abandonado completamente el cuerpo, penetrando en un mundo espiritual (Pereda, 1988).

Hertz (1969, en Pereda, 1988) describe que los rituales eran intensificados con la finalidad de superar las fuerzas ajenas de la mágica muerte, existía la creencia de que el poder del grupo podía triunfar sobre la muerte.

De igual forma, esta cultura considera que la momificación preserva al cadáver de la corrupción, preservación que es pensada para garantizar la perpetuación de la vida del muerto en su originaria forma corporal (Pereda, 1988). La protección que se brindaba a la momia, consistía en erigir una pirámide gigantesca sobre la cámara mortuoria, o poniendo una serie de obstáculos que dificultaban el acceso a esta, por ejemplo, laberintos o puertas falsas (Westheim, 1985).

Toynbee (1968, en Pereda, 1988) resalta que los rituales que los egipcios profesaban hacia sus muertos era debido a que existía la creencia de que la esencia vital, "El KA" estaba sujeta al cuerpo y perecía con él.

Esta cultura considera que existe un juicio de los muertos y su eventual envío al paraíso o al infierno según el veredicto; estando en función de la conducta de la persona muerta durante un lapso de vida. Dicho juicio era realizado por el dios de los muertos Osiris, quien al dictar un veredicto favorable, enviaba al muerto a Kentarmentia, paraíso terrenal hacia el oeste, según otra concepción, el muerto iba al paraíso del submundo de Osiris, donde los muertos juntos compartían la presencia de dios (Pereda, 1988).

Asimismo, la creencia en la inmortalidad es representada por el símbolo de la vida "ANKH" o cruz (Pérez, 1995).

3.2 ASPECTOS TEMPORALES

El paso del tiempo tiende a modificar los pensamientos y los comportamientos de las personas en diversas áreas de la vida (ciencia, costumbres, educación, etc.) y en lo que respecta a la muerte, no es la excepción.

PREHISTORIA

Desde la prehistoria, particularmente de los 40 a los 10 000 años a. de c., en el periodo Paleolítico Superior donde aparece el hombre de Neandertal, se tiene datos de la inhumación y de la cremación en la Edad de Bronce años después (Lluch, 2004), entre los

representación simbólica de la muerte, considerada como la ruptura del presente y sospecha del futuro, y la cremación significaba la consumación del cuerpo para que el espíritu se liberara a través del fuego (Sadaba, 1991).

Una de las contribuciones para el surgimiento de la religión lo representa simbólicamente el acto de enterrar al hombre muerto, debido a que de alguna manera se sospecha que este continuara su camino en el futuro, como lo demuestran los antropólogos con la interpretación de pinturas enigmáticas del arcoiris, donde se manifiesta la creencia en el más allá. Además, al hombre se le deposita en un lugar a salvo para su protección (Pérez, 1995).

EDAD MEDIA

Durante la Edad media Europea se informa de pocos rituales relacionados con la muerte; sin embargo, hubo una preocupación persistente por la muerte: toda la realidad parecía llena de preceptos religiosos, entre los cuales sobresalían el miedo a la muerte y la promesa de inmortalidad celestial (Becker, 1977, en Aizpura, 1994).

A lo largo de esa época, el hombre tenía una conciencia muy viva de ser muerte a corto plazo, de que la prorroga es demasiado breve y de que la muerte, siempre presente en su interior, corta sus aspiraciones y envenena sus alegrías. Este mismo hombre sentía una ansia apasionada por vivir. No obstante, no se sabe si la actitud de los hombres de épocas pasadas era una cuestión de menor expectativa estadística de vida o si la expresión "muerte a corto plazo" significaba algo más y algo diferente de la simple conciencia de la probabilidad de que a él y a sus compañeros de viaje se le otorgaba una vida corta (Meyer, 1985).

RENACIMIENTO

En esta época, todas las relaciones humanas fueron envenenadas por la cruel lucha por la vida o por la muerte para el mantenimiento del poder o la riqueza. La solidaridad con los demás se reemplazó por una actitud egocéntrica e indiferente; a las otras personas se les consideraba como objetos para ser manipulados o destruidos según sus fines (Fromm, 1992).

SIGLO XVI

Durante este siglo, en la península ibérica y en la Nueva España, en los entierros de los niños había bailes, cohetes y música, pues como el niño al morir, siendo inocente, iba al

cielo, no había porque entristecerse. Cuando moría una persona mayor en la víspera del entierro se velaba el cuerpo del muerto, y en los veintidós se ofrecían refrescos y bebidas a los que venían a dar el pesame a la familia del difunto. En la sala donde se velaba el cadáver había una gran cantidad de personas que lloraban por turno durante la noche, y al día siguiente acompañaban al entierro (Delgado, 1998).

EPOCA COLONIAL

Con la conquista española, en el siglo XVI se introdujo a México el terror a la muerte y al infierno, vestigios medievales y elementos principales del cristianismo se divulgaron a partir de entonces. Los cráneos que adoraban el Tzotzongantli en Tenechtitlan e en los altares de Tlatelolco desaparecen, para reaparecer al pie de los altares y cruces arriales (Riejas, 1996).

En el siglo XVIII la muerte dejó de ser algo terrorífico para representarse como una figura amable, es el tiempo de las prisas funerarias (Delgado, 1998).

SIGLO XX

Delgado (1998) plantea que nos encontramos angustiados ante la perspectiva de morir, como todo ser humano, pero nos diferenciamos de otros pueblos, porque transformamos a la muerte en algo familiar y cotidiano, ponemos su nombre en calles y avenidas como "Barranca del Muerto", se juega con la muerte, se le hacen corridos, pero a pesar de ese juego y esa burla, se le tiene un respeto que se manifiesta de diversas formas, una de ellas es la celebración del "Día de Muertos".

Los días 1 y 2 de Noviembre, la gran mayoría de los habitantes de México tienen la obligación moral de ofrendar a los muertos, ya sea en la casa o en los panteones. Estos días se aprovechan para pasar con los muertos, compartir con ellos los alimentos, adornar las tumbas con flores de Zempazuchitl, dulces y vino, quemar copal, y brindar con café. (Delgado, 1998).

Escobar (1999), en Delgado (1998) argumenta que no vale la pena seguir estigmatizando al mexicano con el prejuicio de que no teme a la muerte, pues no se, nie de ella, de lo que se teme es del dolor, sino de los símbolos que fueron impuestos por la cultura conquistadora y que los antiguos pobladores rechazaban, pues representaban la destrucción de sus raíces y la agresión a la esencia religiosa.

En la sociedad occidental, basada en el progreso material y la acumulación de

bienes, la muerte parece ser un contrasentido y un fracaso total frente al cual, la tecnología más avanzada no tiene ningún control (Aizpura, 1994).

Robert Lifton y Eric Olson (1975, en Aizpura, 1994) afirman que la cultura occidental ha cultivado a la muerte, de la misma forma que en el siglo XIX se cultivó lo relacionado a la sexualidad.

Guevara y Marmaz (1997) explican que en occidente el hombre moderno concibe a la muerte como una separación o una repentina desaparición de él mismo, algo destructivo que hay que evitar a toda costa. Así, la actitud del hombre occidental hacia la muerte es un mecanismo de control psicológico, que hace al hombre enfocar su atención en los aspectos de cantidad de vida, ignorando los valores de la CALIDAD DE VIDA. El actual concepto de muerte en la forma en que se trata a un ser que está muriendo, es generalmente la represión y la negación de este cruce natural de todos los seres vivos.

Sobre la influencia de la tecnología y la cultura contemporánea en la perspectiva de la muerte, Roberts (1972, en Aizpura, 1994) plantea tres paradojas:

1. Aun cuando la cultura contemporánea provee rituales mortuarios en instituciones ad hoc, que aíslan a las familias y los amigos de las dimensiones personales de la muerte, nunca en la historia de la humanidad ha sido tan insidiosa la conciencia y la comunicación a través de los medios masivos- de la muerte violenta y de la posibilidad de la muerte total de la humanidad.
2. Aun cuando la tecnología contemporánea busca maneras de controlar la propia muerte, la fe en el progreso tecnológico empieza a declinar debido a que ha desarrollado los medios e instrumentos para la destrucción total de la humanidad.
3. Aun cuando la cultura tiende a dudar de las posibilidades de una inmortalidad personal como respuesta a la finalidad de la muerte, parece que adquiere cada vez más fuerza un movimiento contracultural que busca con afán y esperanza, las realidades del más allá del mundo material.

Heres (1994) afirma que en la cultura en la que hemos sido educados, muchos de nosotros hemos aceptado la idea de que se puede "temer" a la muerte o "temerse de enfermarse", a la vez que aumentan las conductas "evitadoras" o "protectoras" y un gran mensaje publicitario de "mundo feliz" que permite ocultar una verdad de la que no queremos saber: la salud no es el camino para eludir la muerte.

Meyer (1983) señala que el hombre moderno adopta una actitud más natural y más abierta frente a su finitud, resultando que nunca se había pensado ni discutido con tanta intensidad sobre la muerte como conclusión natural de la vida. No obstante, actualmente la conciencia de la mortalidad aparece aislada. El hombre ha perdido su relación constante con la muerte, su vivencia con la mortalidad como presencia ausente del morir y de la muerte en la vida, ya que el morir ha pasado a ser un hecho natural y la muerte es el fin de la persona total, no solo en las ciencias naturales e históricas sino también en algunas concepciones teológicas.

3.3 ASPECTOS RELIGIOSOS

La religión es un aspecto de gran influencia en el comportamiento humano y a su vez en la perspectiva que cada persona tiene sobre la muerte.

Sherr (1992) indica que el término "religioso" se refiere más a la necesidad de poner en práctica la propia expresión natural de la espiritualidad, lo cual puede manifestarse como la necesidad de ver a un sacerdote, rezar o meditar, recibir los sacramentos, etcétera. Por otro lado, el término "espiritualidad" es contemplado como una búsqueda de significado.

Sádaba (1991) plantea que la religión libera angustias, protege contra el desorden mental y hace del límite algo más llevadero que un abismo mortal. Wilson (c.f. en Sádaba, 1991) opina que una virtud de la religión es su capacidad para sobrevivir.

Para conocer más sobre la influencia de la religión en el significado de la muerte para las personas, enseguida se presenta un bosquejo de las religiones más representativas de mundo.

ATEOS Y HUMANISTAS

Las personas ateas no profesan ninguna religión, no desean involucrarse con personas de alguna religión organizada y no quieren comprometerse religiosamente. Por otro lado, la frase "el hombre es la medida de todas las cosas" es la base de la filosofía humanista, la cual piensa que el hombre puede por sí mismo mejorar su propia situación sin ninguna ayuda sobrenatural. Un humanista tiene fe en la inteligencia del hombre para traer sabiduría y comprensión al mundo y poder resolver los problemas morales de libertad, tolerancia, justicia, fidelidad. Asimismo, el humanista cree que al morir, la vida de una persona se termina por completo, por lo tanto no cree en la inmortalidad (Sherr, 1992).

BUDISMO

Esta religión manifiesta y proclama el bienestar físico y espiritual de cada persona y los exhorta a tener compasión por cualquier forma de vida (Sherr, 1992).

El budismo ve en la muerte como un total no fune en muerte del cuerpo físico y la mente, aclarando que la fuerza de la vida no es totalmente destruida con la muerte del cuerpo, simplemente se desliza y se transforma para continuar funcionando en otra forma, por lo tanto creen en la reencarnación, la cual no termina hasta entrar al estado de Nirvana (significa llegar al conocimiento perfecto, tras una larga serie de existencias terrestres, para lo cual es preciso habérselo desprendido de todo apego al mundo, ser capaz de fundirse en el gran todo universal, de fusionarse con el cosmos, éste es un estado de reposo absoluto y de eterna beatitud.) (Pereda, 1988)

Todos los budistas deben aceptar la responsabilidad de la manera en que ejercen su libertad, ya que las consecuencias de la acción pueden ser vistas en vidas posteriores. Por tanto, es importante que las personas se comporten bien, por ejemplo no matando. El aborto y la eutanasia no están permitidos, pero las transfusiones de sangre y los trasplantes si, para ayudar al prójimo (Sherr, 1992).

Por lo general, los budistas son vegetarianos. En los pacientes moribundos pueden rechazarse los medicamentos que pueden dificultar la conciencia si estos interfieren en su capacidad para meditar, especialmente porque meditar sobre su propia muerte ejercera influencia en la siguiente reencarnación. Respecto al sepulcro, los budistas generalmente cremar a sus muertos con el fin de que su alma pueda ser liberada del cuerpo para entrar en su siguiente existencia. El cuerpo debe ser envuelto en una sábana lisa, sin ningún símbolo. El tiempo de depósito del cadáver, depende del calendario lunar y puede variar de 3 a 7 días. Lo más importante es que el sacerdote budista sea informado rápidamente (Sherr, 1992).

CRISTIANISMO

Esta religión se basa en los escritos de la Biblia, conformada por el Antiguo Testamento y el Nuevo Testamento. Se considera que el cuerpo esta muerto cuando el espíritu lo abandona, de la misma forma que un cuerpo sin espíritu esta muerto (Juan 2:26 s.f. en Viamonte, 1993).

En la Biblia se mencionan tres tipos de muerte (Viamonte, 1993).

1. Muerte Temporal: en esta el espíritu se separa del cuerpo.
2. Muerte Espiritual: ocurre cuando el espíritu se separa de Dios y este espíritu es arrojado al "lago del fuego", donde se vuelve eterno.
3. Muerte Crisgapa: es el comienzo de una vida espiritual y eterna. "El polvo regresará a la tierra como era, y el espíritu regresará a Dios, quien lo creó".

Por lo tanto, en la Biblia se puede encontrar que el hombre es una entidad compuesta por Cuerpo, Alma (Mente) y Espíritu, y solo el cuerpo es mortal.

Sherr (1992) indica que los cristianos creen que es a través de la muerte de Jesús, que la humanidad se ha reconciliado con Dios. Asimismo, creen que por medio de la resurrección de Cristo, se salvó al mundo de la muerte y del pecado, y que da nueva vida a quienes creen en él. Esta nueva vida va más allá de la sepultura y puede ser experimentada por el creyente cuando se convierte en cristiano a través de los ritos del Bautismo, Confirmación y Comunión.

A la hora de la muerte, los parientes del difunto pueden desear que este presente para orar con o por el moribundo, así como para encomendarle a Dios el cuidado de esa persona, ofrecer apoyo a los familiares y autorizarle el morir. El cristianismo no tiene ninguna objeción para que se realice la autopsia, ni para que se donen órganos para trasplante (Sherr, 1992).

Herrasti (1996) señala que el cristiano sabe que la muerte no es el fin únicamente, sino que es el principio de la verdadera vida. Asimismo, en el corazón de la muerte, la Iglesia proclama su esperanza en la resurrección. Ante la muerte, la Iglesia afirma que el hombre ha sido creado por Dios para un destino feliz. Por tanto, la muerte es un momento santo, el del amor perfecto, el de la entrega total, en el cual, con Cristo y en Cristo, podemos plenamente realizar la inocencia bautismal y volver a encontrar, más allá de los siglos la vida del paraíso.

Al igual que otras religiones, la Iglesia Católica realiza todo un ritual sobre la muerte, simbolizando la muerte de Jesús en cada eucaristía, tomando su cuerpo representado en la ostia.

HINDUISMO

Esta religión no tiene fundador, ni sagradas escrituras, ni dioses. Es un tiempo cíclico de doctrina. Nació aproximadamente en el siglo III antes de la era actual (Blass, 1991), en

Riojas, 1999)

Ésta es la más compleja de las religiones, comprende casi todas las formas de expresión religiosa de la humanidad, desde la veneración a las divinidades naturales pasando por el politeísmo, hasta el monoteísmo filosófico exigente y la creencia en una ley universal que lo comta todo (DHARMA) (Hattstein, 1997, en Riojas, 1999)

Para el hinduista el que renuncia a todos los objetos de deseo y alcanza la serenidad en la última hora, alcanzara el Nirvana (descrito en el budismo) (Hattstein, 1997, en Riojas, 1999)

Entre sus dioses, se encuentra el dios de los muertos YAMA, es mirado como la primera persona humana en la tierra y por consiguiente el primero de los mortales. Se le representa también como señor de los infiernos y juez de los muertos que lleva la cuenta de los actos de los hombres (Hattstein, 1997, en Riojas, 1999)

Por lo tanto, la muerte para los hinduistas no es una cuestión de gran trascendencia, ya que esta se da en múltiples ocasiones mediante la reencarnación o "YUGAN". Por esto se ayuda a las almas con oraciones y cuando este se va, no lo molestan con llantos. El morir implica de esta forma, liberarse de la situación actual y pasar a otra mejor. El hinduista desea acabar con sus días junto al Ganges, ser ahí incinerado y que sus cenizas se mezclen con las aguas del río sagrado (Hattstein, 1997, en Riojas, 1999)

A pesar de que la muerte propia no es de gran trascendencia para los hinduistas, la muerte de una vaca, o más bien, matar a una vaca se encuentra entre las acciones más graves. Por ello, las vacas de la India disfrutan de una extraordinaria devoción religiosa, algunas pertenecen a templos, pero la mayoría circula libremente por las calles, por lo que comer carne de vaca es tabú para ellos (Riojas, 1999)

Si un hindú está agonizando en un hospital, los pacientes pueden llevarle dinero y ropa para que los toque antes de distribuirselos a los necesitados. Algunos pacientes aprovechan para sentarse con el moribundo a leer un libro sagrado. Si el sacerdote hindú está presente, puede ayudar a las personas a aceptar la muerte de una manera filosófica. Puede atar un hilo alrededor del cuello o de la cintura del moribundo como una penitencia. El moribundo puede desear acostarse en el suelo para estar más cerca de la madre tierra en el momento de la muerte y ayudar así a la siguiente reencarnación. Después de la muerte los pacientes llevan el cuerpo y lo visten con ropa nueva antes de llevarlo al crematorio.

Tradicionalmente, el hijo mayor del difunto será quien encabece este, independiente de lo joven que sea (Sherr, 1992).

ISLAM O MUSULMAN

Esta religión fue iniciada por Mahoma, quien nació en la Meca aproximadamente en el año 571 d.e. Se dedicó al aislamiento por largos periodos, así como a la meditación (Sherr, 1992).

Su libro sagrado es el "Corán". Tienen prohibido comer carne de puerco y tocar alcohol. Sus labores religiosas son: fe en Dios, oración diaria, ayuno o abstinencia durante el Ramadan, dar limosnas y realizar una peregrinación a la Meca (Sherr, 1992).

El musulman siente una gran resignación ante la muerte. Desde el primer día de vida sabe que va a morir y se está consciente de ello. La muerte en el "Corán" se remonta a la ofensa que Adán y Eva intligieron a Dios, desobedeciéndolo. Por ello, Dios les dijo que en la tierra habreis de vivir y en ella habreis de morir y de ella sereis sacados. Adán y Eva y sus descendientes no serán destruidos, ni tampoco serán enviados a una condena permanente, se les permite que mientras dure su vida, tengan la libertad de encaminar sus vidas por el sendero derecho que los devuelva a Dios, o de otra forma, tomar el otro, el de Iblis, el se propone pervertir y corromper a los seres humanos apartandoles de su Islam y de su lealtad a Dios. Para los musulmanes la muerte, no es en si misma un castigo, sino solamente pone fin a una etapa de la vida (Blass, 1988, en Riojas, 1999).

Un moribundo tradicionalmente se lava (con agua corriente, es decir, con una jarra) antes de rezar y después de ir al baño. En el momento de la muerte, las últimas palabras en labios de un musulman son "No existe ningún otro dios que no sea Ala y Mahoma es su profeta". Cualquier musulman puede decir esto al oído del moribundo, si este es incapaz de decirlo por si mismo. Después del deceso, el cuerpo no debe ser tocado ni lavado por nadie que no sea musulman. Además, al difunto se le debe voltear la cabeza hacia el hombre derecho (para enterrarlo con la cabeza hacia la Meca), los miembros enderezados y el cuerpo envuelto en una sábana sencilla (Sherr, 1992).

Al morir, el cuerpo y el alma se separan y esta se reúnira con el cuerpo el día de la resurrección con Dios, el día del juicio final, así, el alma assume la forma de un ave que descansa en el árbol en el cielo, ahí es interrogada por los ángeles para recibir su destino provisional hasta el día del Juicio Final, en el cual se abrirán los libros donde está expuesto

todo lo que hagan mucho bien" (Blasi, 1988, en Riojas, 1999).

Generalmente, el entierro se realiza cuanto antes (en el transcurso de 24 hrs.). Lo usual es que no se practique la autopsia, pero si esta es requerida por el forense, los parientes solicitan que posteriormente los órganos sean devueltos al cuerpo para poder enterrarlo. Algunos dolientes no manifestaran ningún sentimiento de dolor, debido que hacerlo es visto como una señal de falta de fe en Aía. No obstante, entre los musulmanes de Pakistán y Arabia es común que el doliente se exprese abiertamente y apreciarán la privacidad para hacerlo. El duelo puede durar cerca de un mes con los parientes y otros visitando y ayudando. Además, durante los 3 primeros días, los parientes más cercanos no cocinan, pues todas las comidas les son provistas por los visitantes. Durante 40 días, los parientes mas cercanos visitan la sepultura los viernes (Sherr, 1992).

JUDAÍSMO

El Judaísmo implica el culto a un solo dios y el cumplimiento de los tradicionales mandamientos que se le dieron a Moisés, los cuales son explicados por el rabino. Además, se debe practicar la caridad y la tolerancia hacia sus semejantes (Sherr, 1992).

El judaísmo postbíblico concibe a la muerte como la separación del alma del cuerpo, pero no como consecuencia del pecado original, sino como el fin absolutamente natural de la vida, como el paso de este mundo al mundo futuro. Asimismo, los judíos creen que hay una identidad sostenida entre el ser humano y su alma, de tal manera que lo que es recuperado por dios, en la muerte no se pierde ni se destruye (Johanan, 1996, en Riojas, 1999).

Desde el punto de vista teológico, el hombre debe escoger entre dos caminos, uno el de la obediencia a la Tora (que lleva a la vida), y otro, el de la propia obstinación y la idolatría (que conduce a la muerte). Así, se puede vencer a la muerte mediante la observancia de la Tora. En el judaísmo, la muerte no es una tragedia. Cuando una muerte pacífica sigue a una larga vida bendecida con buena salud y vitalidad del espíritu y del cuerpo. Una vida rica en buenas obras, la muerte no puede considerarse como trágica, a pesar de lo inmenso de la pérdida y del pesar que ella produzca (Halevy, 1988, en Riojas, 1996).

En el judaísmo no hay ninguna necesidad de que un intermediario promueva los "últimos ritos", por ello, un judío agonizando puede no solicitar ver a un rabino. Cuando lo

muerte ocurre, se debe tratar al cuerpo de una forma respetuosa y espectral, no se permite la mutilación de mismo, a menos que exista alguna disposición legal para practicar la autopsia. Al respecto, los judíos ortodoxos no desean que les retiren sus órganos para trasplante, y si ese fuera el caso, dichos órganos no deben ser utilizados en intervenciones quirúrgicas que estén en etapa experimental, y deben ofrecer al receptor un pronóstico alentador (Sherr, 1992).

El funeral generalmente se lleva a cabo en el transcurso de 24 hrs., o tan pronto como sea posible y el cuerpo, por lo general, se enterra. Además, un vigilante puede permanecer con el cuerpo hasta el momento del entierro. Dependiendo del sexo del difunto, un compañero o compañera prepara el cuerpo en presencia de tres miembros de la comunidad. El cuerpo es lavado en forma especial y amortajado antes de ubicarlo en un sencillo ataúd y de que se pronuncien las oraciones. Hay un periodo de luto familiar de 7 días, durante los cuales se reza y los dolientes visitan a la familia afligida. Si los médicos necesitan tocar el cuerpo, deben utilizar guantes especiales (Sherr, 1992).

3.3 ASPECTOS CONCEPTUALES

En la literatura actual es difícil encontrar una definición concisa y aceptada de la muerte, debido a que en su conceptualización se involucran diversos aspectos como el filosófico, el biológico y el psicológico, entre otros.

La palabra muerte tiene su origen en la mitología griega, es llamada "TANATOS", hija de la noche y hermana del sueño. Es más una abstracción que un ser preciso. Ella cura todos los males, custodia los sepuleros y es el único dios que no admite dádicos (Garibay, 1986).

Quintana (1994) señala que la palabra muerte es una imagen que damos por hecho, por lo que su estudio se ve afectado por problemas comunicacionales que, en parte, surgen de modelos o metáforas que implícitamente nos guían en su estudio.

Morin (1973), en Ziegler (1976) dice que la muerte no solamente se reconoce como hecho, como la reconocen los animales, no solamente es sentida como una pérdida, desaparición, lesión irreparable, también se concibe como transformación de un estado a otro. Además, Ziegler (1976) enfatiza la relación de la muerte y la vida, ya que para él, la muerte es lo que da la vida, pues la muerte nos impone la conciencia de la finitud de nuestra existencia, así, vivo el hombre, lo puede casi todo, muerto no es ya nada, pues la

¿Qué es la muerte biológica?

morte interrumpe el proyecto prometeico de un hombre decidido a transformar el mundo y su tiempo destino.

Las conceptualizaciones más relevantes sobre la muerte son las siguientes:

CONCEPTO DE MUERTE BIOLÓGICA: una persona se considera muerta biológicamente cuando todos sus sentidos dejan de funcionar. Hay un cese completo y definitivo de la vida. Se dice que las funciones vegetativas están abolidas definitivamente, lo cual se reconoce por dos efectos, suspensión de la función activa del individuo (movimiento, nutrición, reacción, etcetera) y el surgimiento de fenómenos de descomposición rápida (putrefacción, mineralización, etcetera) que se explican por la desaparición de las funciones defensivas del organismo ante sus agresores (bacterias) (Saldanha, 1993).

No obstante, Viamonte (1993) argumenta que la muerte biológica es la etapa final de la vejez, en la que la declinación de las funciones ocurre y puede conducir a la muerte natural, sin enfermedad. Por ello, Tomaneš y cols. (1972, en Viamonte, 1993) indican que el 30% de las autopsias de pacientes mayores de 85 años, no se ha encontrado una causa definitiva de muerte.

Cabe señalar que para Moragas (1991) la perspectiva biológica considera que el organismo nace para morir y que la muerte no es un fracaso sino una etapa más de la experiencia vital y que lo realmente problemático sería la inmortalidad orgánica. Así, el fracaso para la biología sería que no existiera la muerte, pues faltaría un hecho inherente a todos los organismos y los problemas que plantearía a la sociedad serían muy superiores a las ventajas individuales de la supervivencia. Los organismos ancianos acumularían una proporción extraordinaria de enfermedades y limitaciones, y la vida orgánica en el planeta sería imposible al reducirse el espacio vital y aparecer los problemas de limitación de alimentos y recursos para una población creciente que no se renovara. La muerte por consiguiente resulta conveniente para la supervivencia de la vida y lo que individualmente parece una tragedia socialmente constituye una necesidad.

CONCEPTO DE MUERTE MÉDICA: según el diccionario de Medicina Dorland (en Reyes, 1994), la muerte es definida como la cesación de la vida. Suspensión permanente de todas las funciones corporales vitales: cesación irreversible de los siguientes datos: función cerebral total, función espontánea del aparato respiratorio, función espontánea del

aparato circulatorio.

La anterior definición se basa en los criterios de certeza del estado de muerte total e irreversible de las funciones corporales, concluidos en la Reunión Internacional sobre Trasplantes, realizada en Ginebra en 1968. De tal reunión se enumeraron los siguientes criterios:

1. Pérdida de la vida de relación.
2. Arreflexia y atonía muscular totales.
3. Paralización de la respiración espontánea.
4. Desplóme de la presión arterial a partir del momento en que se mantenga artificialmente.
5. Trazado electroencefálico lineal absoluto (incluso bajo estimulación) obtenido con garantías técnicas.

Cabe destacar que esos criterios no son válidos en niños con hipotermia o con intoxicación.

Aunque estos son en general los criterios que se han seguido para definir la muerte médicamente, se contradicen con algunos resultados o datos clínicos que algunas personas interpretan como evidencia de la vida después de la muerte.

Por otra parte, Viamonte (1993) considera que la muerte del cerebro (decapitación fisiológica) es la condición necesaria y suficiente para la muerte del individuo.

Debido a que la medicina considera que la muerte es la cesación de las funciones orgánicas, esto ha provocado controversias. Por ejemplo, Ferrater (1962) indica que si se sigue manteniendo que el hombre es su cuerpo, debe agregarse que tal cuerpo no es simplemente el hombre. En consecuencia, el hombre no muere solo porque muere su cuerpo, bien que cuando muere el hombre también su cuerpo muere. Asimismo, no puede decirse que muere el cuerpo del hombre a pesar de la conciencia. Lo que muere es el cuerpo que el hombre es y también la conciencia y la historia y el mundo particular que son el hombre. El hombre no es una entidad que engloba entidades diversas relacionadas. El hombre es el vivir humano, su vivir.

CONCEPTO DE MUERTE PSICOLÓGICA: la muerte psicológica es la evidencia de que la muerte no es simplemente un hecho biológico. Se caracteriza por el fin de una vida saludable, sin necesariamente un fin de la existencia física. Como en la muerte biológica, donde el proceso de mineralización representa un retroceso a una etapa anterior del existir.

(Saldaña, 1993).

El resultado de este tipo de muerte es la negación a vivir sin elementos, es decir, se aplica a aquellas personas que por conflictos no resueltos se entregan a un aislamiento o negación de la vida, en lugar de sentirse reales y completos, diferenciados del resto del mundo de una forma clara, y poseedora de espontaneidad y consistencia íntima. Esas personas no poseen un fuerte estado de seguridad, se sienten más muertos que vivos. No experimentan identidad y autonomía, ni cohesión personal, anular sus vidas a través de la negación de las mismas. No comprometerse, aguardar la muerte verdadera, no como aceptación, sino como última salida, es una forma de intentar resolver el problema de no poseer un sentido de vida (fuerza impulsora, motivadora de existencia). Normalmente, no tienen amigos o parientes que los rodeen, resultado del propio reflejo de aislamiento (Saldaña, 1993).

La muerte psíquica podría ser definida, así, como la inhibición de la vida. Es una muerte fenoméica, pues solo ocurre con la psique y no con el cuerpo. Por lo tanto, la muerte psicológica no deja de ser un camino para el fin de la existencia del sujeto, ya que abandona todos sus proyectos de vida en pro de una forma vegetativa de existir (Saldaña, 1993).

CONCEPTO DE MUERTE SOCIAL, es identificada con la jubilación o pérdida del rol activo y económico y tránsito a un rol pasivo económico y social. Otras manifestaciones son el internamiento total en una institución que restringe los contactos sociales con el exterior (prisión, residencia o el cambio de vivienda o barrio con rotura de los lazos sociales habituales). A edades avanzadas, disminuye la adaptabilidad de la persona, y aumenta el peligro de muerte social si se produce un cambio de ambiente, por lo que los gerontólogos recomiendan mantener la estabilidad ambiental en la persona mayor (Moragas, 1961).

CONCEPTO DE MUERTE FILOSOFICA, la filosofía afirma que la muerte es la separación del alma y del cuerpo. Se tiene así que la muerte no existe, pues muere el cuerpo pero el alma perdura, lo que desaparece, lo que se rompe no es sino una parte accidental (Platón, en Reyes, 1994).

Heidegger (1959, en Saldaña, 1993) describe que a través del contacto con la muerte, el ser puede comprenderse en su totalidad y la muerte se aproxima a la vida, pues al haber existe la posibilidad de morir. Asimismo, Heidegger (1962, en Schlegel, 1977)

expresa que la muerte es por una parte la amenaza de la no existencia y que la muerte muestra que no actuamos en su favor como seres. Además, Heidegger (en Ferrater, 1962) señala que no podemos experimentar auténticamente la muerte ajena, a lo mucho podemos asistir a ella. Esto se debe a que la muerte es insustituible, ya que nadie puede morir por otro, pues aunque pueda darse la muerte por otro, ello no significa que se le toma al otro su muerte.

Lo más relevante de la postura de Heidegger, es que al ser consciente de la muerte actúa como una especie que hace saltar de una manera de existir a otra superior (Aizpuru, 1994).

Por otro lado, Sartre (1943, en Saldaña, 1993) explica que aunque fuéramos inmortales seríamos finitos, ya que la finitud es la estructura de la conciencia que determina la libertad, aunque nadie espera la muerte como su propia muerte, encarándola como un hecho absoluto, sólo la admite como facticidad. No la considera como parte de la estructura ontológica del para sí.

Sartre (1943, en Ferrater, 1962) resalta que lejos de cumplir y perfilar el ser de nuestra vida, el morir nos enajena por completo y hace de nosotros una especie de "presa de los vivos". No somos nosotros quienes somos mortales para nosotros mismos, es el otro quien es mortal, en su ser.

Asimismo, Sartre (1966, en Neimeyer, 1997) indica que la muerte impide que una persona realice sus propias posibilidades. En el fondo, la muerte reduce la propia existencia a lo que es realmente, una pasión inútil, nada. La reflexión sobre la muerte es la reflexión sobre la falta de significado de la existencia.

El resultado de las discusiones sobre la muerte es el siguiente: la mortalidad y la muerte solo pueden definirse mediante negaciones que no sean objeto de experiencia inmediata sino de reflexión, no debe inducir a la idea errónea que son concepciones líricas o metafísicas. Al contrario, debemos atribuirles la máxima virtualidad entre todos los ingredientes consecutivos de nuestra vida (Kunz, 1976, en Merle, 1983).

Se puede advertir que el conocimiento conceptual que tienen diversas disciplinas sobre la muerte, ha conducido a varias perspectivas sobre ésta. Por ejemplo, Suland (1994, en Schluter, 1994) describe que la muerte es parte de un mecanismo que se basa en la renovación, siendo las vidas viejas las que se van para hacer lugar a una vida nueva. No por

en vida. Nieto (1994) argumenta que la meditación sobre la muerte hay que considerarla como el posible finacecer existencial de un nuevo día, más que como el cese de la existencia.

No obstante, el llegar a la construcción y aceptación de una perspectiva sobre la muerte no es tarea fácil debido a la gran diversidad de pensamientos, costumbres, religiones, sentimientos y conocimientos que se tengan sobre ésta.

Al respecto, Lewis, Ornow y Schoenfeld (1991, en Villalobos, 1997) afirman que los conceptos fundamentales sobre la muerte son los siguientes:

IRREVERSIBILIDAD: se refiere a la visualización de la muerte como un fenómeno permanente, a partir del cual ya no hay recuperación ni regreso. Al adquirir esta noción puede sentirse temor a lo desconocido, a la soledad, al abandono y a la pérdida de protección de los seres queridos.

FINALIZACION O NO FUNCIONAMIENTO: se refiere a la capacidad de observar la muerte como un estado en el que todas las funciones vitales cesan completamente.

CARACTER UNIVERSAL: significa ver la muerte como un fenómeno natural, del cual ningún ser vivo puede sustraerse. El riesgo que se corre al adquirir esta noción, es el de llegar a considerar la muerte de un ser querido como un castigo, lo que propicia culpas y pena. No obstante, Ziegler (1976) explica que no hay igualdad ante la muerte, por ejemplo, en Francia la esperanza de vida de un obrero de 35 años es 7 años inferior a la de un maestro de escuela de la misma edad, el contacto con las materias químicas peligrosas, el agotador ritmo de trabajo, hacen que a los 45 años mueran de cáncer 2 obreros especializados contra una persona de un nivel superior.

CAUSALIDAD: se refiere al desarrollo de ideas reales en relación a las causas de muerte. El miedo se dirige hacia los estímulos amenazantes del medio. La falta de comprensión de este aspecto puede significar el asumir la responsabilidad de alguna muerte debido a los malos pensamientos o mala conducta, llegando con ello a tener profundos sentimientos de culpa.

Para asumir los cuatro conceptos fundamentales de la muerte se debe tener algún tipo de conocimiento sobre ésta. Por ello, Sanabría (1994) enumera 3 clases de conocimientos en relación a la muerte:

CONOCIMIENTO NOCIONAL: se refiere al concepto de muerte.

CONOCIMIENTO FÁCTICO se adquiere cuando recibimos la noticia de la muerte de personas que no conocemos.

CONOCIMIENTO EXPERIENCIAL se refiere a la experiencia de nuestra propia muerte. Este conocimiento constituye la única manera de saber que es la muerte o mejor dicho que es morir, pero en el momento de morir no podremos expresar lo que estaremos viviendo.

Cabe destacar, que otros autores consideran los conocimientos anteriores como conocimiento en 3ª Persona, conocimiento en 2da. Persona y conocimiento en 1ª Persona respectivamente.

Aunado a los conocimientos anteriores, la muerte cuenta con otras características según Sanabria (1994):

CIERTA: en nuestra vida, sólo una cosa es cierta, vamos a morir.

INEVITABLE: el hombre no puede evitar que venga sobre él la muerte.

PERSONAL: sabemos que somos mortales y un día lo experimentaremos.

EFFECTIVA: nadie podrá escapar de la muerte, es universal.

INMINENTE: la muerte no avisa cuando se realizará.

Los conceptos, conocimientos y características de la muerte se van adaptando y modificando conforme la edad avanza, debido a que se tienen más experiencias. No obstante, en la sociedad actual, adultos de 25 a 50 años aproximadamente, muestran una especie de barrera psicológica para aceptar la muerte, por las diversas actividades y conceptualización de la vida durante ese lapso de vida.

Sin embargo, se ha encontrado información sobre la aceptación y creación del concepto de muerte en los ancianos, los cuales en su mayoría asumen que la hora de su muerte está muy cerca y por tanto la aceptan y disminuyen sus temores hacia esta (Vilalobos, 1997).

Aunque se han creado numerosas concepciones acerca de la muerte una explicación satisfactoria depende de las creencias de cada persona y de las categorías expereativas (espirituales, científicas, etcetera) que se utilicen, las cuales dependen de la educación y de las perspectivas que de esta se tengan, es decir, el considerarla como una catástrofe o como un suceso necesario que proporcione tranquilidad pese a que tal vez nunca la aceptemos conscientemente. Por ello, Freud (s.l. en Reyes, 1994) indica que en nuestra cultura ya no nos consideramos inmortales.

Finalmente, la definición sobre la muerte que incluye la mayoría de las corrientes expresivas sobre esta es la de Baló Stanley es el, en Ravess, (1984), quien la define como: **"Pérdida del alma,** siendo aquello que parte al último y que incluye las funciones espirituales, emotivas y mentales de la persona. **El alma es la esencia de ese ser como individuo único. Pérdida del Flujo de las sustancias vitales,** las que son oxígeno y sangre. **Pérdida de la integridad corporal** como unidad. **El -psico-social-cultural-espiritual. Pérdida de la conciencia** y de la capacidad para interactuar socialmente, así como de las funciones integrativas del individuo" (pág. 19.)

3.5. SENTIMIENTOS ANTE LA MUERTE

Uno de los aspectos más relevantes respecto a la muerte es la gran diversidad de sentimientos que provoca y todas sus implicaciones. Por ello, Villalobos (1994) señala que el ejercicio de la Psicología Clínica puede mostrar que un gran número de personas está preocupado por la muerte.

Si una persona ha muerto, se desencadenan numerosas modificaciones referentes al cuerpo muerto, a sus allegados, a su familia. Todo el entorno social del muerto ha cambiado así, y también esos cambios adquieren con mayor o menor claridad el carácter de lo definitivo, en la ejecución de su última voluntad, en el puesto de trabajo que ocupa el otro, en el duelo con el que se despiden de él sus familiares. Además, todos estos hechos a consecuencia de haber muerto una persona, se realizan en el mundo más o menos a espaldas de la vida pública. (Meyer, 1983)

Indudablemente, la muerte puede provocar un sinnúmero de sentimientos mezclados que afectan la vida cotidiana de las personas. Al respecto, Meyer (1983) expresa que nuestro encuentro con escenas agonizantes y nuestro trato con la muerte dejan en nosotros la impresión de amenaza, de peligro, y la paz y la serenidad parecen actitudes involas. En principio, el hombre en su vida cotidiana tiene la posibilidad de aceptar la amenaza y el azar o de movilizar sus fuerzas contra ellos. Entonces, el temor al igual que el dolor adquiere un sentido biológico. Pero si no se trata del control de los peligros reales, sino de la confrontación con el pasado humano, de la vivencia del morir del otro y de la idea de la muerte, entonces solo la aceptación y no un rechazo impulsado por el temor garantiza nuestra capacidad de vivir como mortales.

Los sentimientos más relevantes que acompañan a la muerte, se presentan a

continuación, sin orden de importancia.

MIEDO

El miedo a la muerte llegó a México con la Conquista Española en el siglo XVI. Las antiguas culturas mesoamericanas aseguraban que después de transcurrir 4 años del deceso, el muerto llegaba a su destino final, un lugar de descanso y paz, lo cual propiciaba que la muerte no se percibiera con temor, pero sí se temía a la vida (Riejas, 1999).

No obstante, con el paso del tiempo, el miedo ante la muerte se ha complicado e incrementado.

Saldanha (1993) plantea que el miedo a la muerte no es nada más que el miedo a lo desconocido. No hay como conocer la propia muerte, pues no se trata de lo opuesto de la vida, y sí de algo que se desconoce. Lo que en verdad se teme, es perder lo que ya se conoce. En cuanto el individuo se preocupa por descubrir lo desconocido (la muerte), no se mira a sí mismo (lo conocido). El miedo a la muerte está así estrictamente ligado al miedo a la vida. Generalmente, las personas que no tienen miedo a vivir, no temen morir. La idea de muerte no tiene carga emocional. En la confrontación de cada muerte psicológica, recuperamos el coraje.

Por su parte, Villalobos (1997) opina que dependiendo del marco de referencia elegido, el miedo a la muerte pueda ser visto como una manifestación de pobreza espiritual, de escaso poder de voluntad, como medio de control social, como producto de las habilidades y destrezas propias del desarrollo, como una respuesta ante un procedimiento aversivo y como una patología. Investigaciones muestran que el miedo a la muerte es menor en niños, mayor en adolescentes y mucho mayor en adultos, aparentemente es mayor en las mujeres que en los hombres, quienes temen más al desamparo de sus familias que al dolor físico como lo hacen las mujeres.

Asimismo, el miedo o la angustia pueden ser definidos como una emoción desagradable, provocada por una situación de peligro actual o anticipado, que se acompaña por un estado orgánico considerado como reacción preparatoria (Arnold, Ewinsen y Mehl, 1979, en Villalobos, 1997).

Hinton (1974, en Villalobos, 1997) ubica el miedo a la muerte como el miedo fundamental por excelencia y que ayuda a vivir. Además, juzga este miedo como algo anormal, peligroso y concerniente al ámbito de la psicopatología.

La fuerza del miedo ante la muerte puede estar determinada por el momento en que este se presente, la situación específica y la persona a la que la muerte le afecta entre otros factores. Al respecto, Yalom (1984, en Villalobos, 1997) explica que lo que hace tolerable el miedo a la muerte es su localización en el tiempo y el espacio. Alrededor de una persona resistido y manipulado. Aunque, Ziegler (1976, en Villalobos, 1997) afirma que el temor a la muerte no es algo natural en el hombre.

Feifel (1977), Feifel y Nagy (1981), Fry (1990) (en Neimeyer, 1997) conciben aun que la pérdida del sí mismo, lo desconocido más allá de la muerte, el dolor y el sufrimiento, la oportunidad perdida para la expiación y salvación y el bienestar de los miembros sobrevivientes de la familia son sólo algunas de las fuentes de miedo a la muerte.

Además, al crecer se nos inculca la importancia del logro y la valor personal. Al envejecer nos damos cuenta de nuestra impotencia ante la muerte que amenaza con terminar con todas las cosas queridas que tenemos en la vida (Wass, Berardo, Neimeyer, 1988; en Neimeyer, 1997).

Para Frankl (1965), Reker, Peacock y Wong (1987), Reker y Wong (1988), Wright (1989) (en Neimeyer, 1997) las personas se sienten motivadas a buscar significado personal, por tanto, el miedo a la muerte procede del fracaso a lo largo de encontrar significado personal a la propia vida y a la propia muerte.

Por ello, Butler (1963, 1975, en Neimeyer, 1997) propone que las personas temen más miedo a una existencia sin sentido que a la propia muerte.

Debido a que el miedo a la muerte es un sentimiento muy fuerte y diverso, se pueden identificar varios tipos de miedo ante este suceso, Villalobos (1997) enumera los siguientes:

MIEDO A LO MUERTO: se refiere a las reacciones ante las personas o animales que han muerto, así como a toda circunstancia u objeto que involucre estar en las proximidades de ellos. Al respecto, Hinton (1974, en Villalobos, 1997) opina que el miedo a los cadáveres es menos efectivo que el miedo al acto de morir.

MIEDO A SER DESTRUIDO: se relaciona con la destrucción del propio cuerpo en manos de otras personas después de morir, por ejemplo para investigaciones, donación de órganos o cremación. Thomas (1984, en Villalobos, 1997) indica que la elección de la cremación puede solucionar la angustia por la corrupción corporal, pues entonces puede surgir una

"obsesión por la vida"

MIEDO POR PERSONAS SIGNIFICATIVAS. cuando uno tiene miedo a que alguien muera suele deberse a que lo amamos, pero este miedo puede responder a motivos menos altruistas. Hernandez (1988, en Villalobos, 1997) argumenta que al morir un ser querido mueren también nuestras esperanzas, nuestras aspiraciones y nuestros goces, por lo que hay que considerar las implicaciones emocionales de un estado de pérdida con carácter de irrecuperable.

MIEDO A LO DESCONOCIDO se refiere a las creencias mágicas y religiosas seguidas de las reflexiones de tipo existencial en relación al fenómeno. Al respecto, Carroll (1985, en Villalobos, 1997) señala que personas habitualmente ansiosas encontraron en la religión razones para mostrarse perturbadas ante la inminencia de un deceso, mientras que aquellos que tienden a la serenidad, obtendrán de sus creencias los recursos para aceptar la situación. Asimismo, los católicos tienden a definir su muerte en términos más amenazantes, a manifestar mayor miedo ante esta y ante los estímulos que la sugieren, en comparación con los protestantes.

MIEDO FOBICO A LA MUERTE. Leep (1967, en Villalobos, 1997) expresa que el fenómeno denominado "muerte aparente" provoca un miedo a la muerte que toma la forma concreta de miedo a ser enterrados vivos, sin embargo con el estado de la medicina actual, este fenómeno ya no es aceptable en caso es necesaria la expedición de un certificado de defunción firmado por el médico para proceder a los funerales.

MIEDO POR EL CUERPO LÚTICO DE LA MUERTE. Cooperias (s.f. en Villalobos, 1997) resume el proceso de descomposición del cuerpo de la siguiente manera, la sangre se coagula y se deposita en las zonas más bajas, aparecen manchas violáceas típicas de la congestión, surge la rigidez mortis y después de 24 hrs. Aproximadamente surgen las primeras señales de hinchamiento putrefacción, surgiendo generalmente en los intestinos y propagándose rápidamente al resto del organismo, las bacterias y los insectos empiezan a devorar el cuerpo hasta dejar sólo los huesos. Asimismo, Hinton (1974, en Villalobos, 1997) enfatiza que para muchas personas, la desfiguración del cuerpo es una amenaza contra la esperanza de la vida eterna.

MIEDO A LA MUERTE PREMATURA se refiere a la amenaza de no cumplir con las metas en la vida. Cuando se habla de muerte prematura comúnmente se piensa en casos

no escasos en adultos jóvenes, sin embargo, lo prematuro no solo debe concebirse en función al número de años vividos o a etapas de desarrollo transitadas, también puede referirse a eventos específicos, como sería el caso de un abuelo que espera ver nacer a su nieto o a unos cuantos momentos más de vida, o por ejemplo en el caso de aquellos que esperan alcanzar arrepentirse de sus culpas. Además, el término prematuro se convierte en algo subjetivo cuando se refiere a fenómenos que dependen de innumerables factores biológicos, sociales y económicos (Villalobos, 1997).

La edad que se tenga es determinante para experimentar el miedo a la muerte, por ello, se han realizado numerosas investigaciones para conocer hasta que punto una persona le teme a este suceso.

Al respecto, Kalish (1986, en Neimeyer, 1997) describe que los ancianos tienen menos miedo a la muerte porque

- a) Creen que ya han tenido su parte justa de la vida y se sienten preparados para morir. En contraste, los jóvenes no han alcanzado sus metas en la vida y por lo tanto, pueden tener miedo de que la muerte les arrebathe lo que en derecho les corresponde (Diggory y Rothman, 1961, en Neimeyer, 1997)
- b) Los ancianos tienen más contacto con la muerte porque han sobrevivido a la de muchos amigos y seres queridos
- c) También es posible, que hayan perdido el interés por la vida debido a la vejez, a las enfermedades y a las pérdidas personales.

Pollak (1980, en Neimeyer, 1997) encontró que la mayoría de los investigadores informaron de un nivel más alto de miedo a la muerte en mujeres. Asimismo, Neimeyer (1997) y otros descubrieron que las mujeres puntuaban más alto en la subescala de miedo al propio proceso de morir de la escala de Collett Testier, pero no miedo a la propia muerte, sino miedo a la muerte de los otros o miedo al proceso de morir de otros.

Se tiene así, que cuanto más intenso sea el miedo a la muerte, tanto más vehementemente se definen la validez de un sistema de valores o se quiere seguir viviendo sobre el planeta y mantener y la memoria de la existencia del hombre en el universo (Lifton y Olsin, 1975, en Alzate, 1994).

Se puede observar que cuando el miedo a la muerte es intenso, este puede modificar las metas que se desean alcanzar o modificar la vida misma. En relación a esto, Saldanha

o (3) plantea que cuando se teme la confrontación con el extremismo total, el individuo se refugia en la existencia inauténtica. El hombre se deja, así, conducir por lo que otros determinan, por las reglas generales, huyendo de su posibilidad de existir. Desprovisto de individualidad, desconoce su propio pensar sobre las cosas del mundo. Se mezcla con la multitud como una forma de escapar de la angustia que para Heidegger, (1949, en Sullanha, 1993) es escapar de la propia muerte.

Algunos autores apoyan la idea de que el miedo y sus respuestas sirven para asegurar la autoconservación y es la experiencia de cada individuo la que va a implicar manifestaciones adaptativas de los patrones de conducta producto de miedo (Villalobos, 1997).

Aunque el miedo a la muerte ha sido investigado, tanto su concepto como el miedo que implica aun crea desacuerdos. Al respecto, Westheim (1985) explica que tal miedo no existe, sino que es confundido con una angustia ante la vida, es decir, angustia ante la conciencia de estar expuesto y sin suficientes defensas para una vida llena de peligros.

No obstante, hasta el momento algunos autores han acordado si el miedo a la muerte es una psicopatología en si mismo, si es el resultado de psicopatologías, o si, por el contrario, tal sentimiento produce psicopatologías, solo concuerdan en que este miedo es y debe ser controlado y reprimido para que permita vivir (Villalobos, 1997).

ANSIEDAD

Otro de los sentimientos que provoca frecuentemente la muerte es la ansiedad, la cual para Mateos (s.f, en Guevara y Martínez, 1997) es un estado cognoscitivo que se caracteriza por sentimientos de tensión produciendo cambios en la percepción y en el conocimiento, siendo el miedo lo que impide concebir la muerte como un fenómeno natural, como el destino de todos los seres vivos y como un factor fundamental en la naturaleza en su constante y transformación de todo.

Por otro lado, Omar (1995) define a la ansiedad como un estado emocional de sentimientos temporarios, displicentes, de tensión, aprehensión, nerviosismo y preocupación, asociados con la activación o excitación del sistema nervioso autónomo.

Heidegger (1962, en Neimeyer, 1997) argumenta que el hecho de darse cuenta de la incapacidad de convertirse en un ser pleno provoca el estado mental llamado ansiedad. La muerte muestra que no hay esperanza de ser lo que somos.

Para Rogers (1959, en Neimeyer, 1997) el individuo tiene la necesidad de afecto y apoyo de otros. Empieza evitando y buscando experiencias propias porque las discrimina, como más o menos dignas de autoconsideración. Así, el individuo adquiere "condiciones de valía". Entonces el individuo se protege de las experiencias que percibe que no encajan en estas condiciones de valía. El proceso de defensa frente a esta amenaza consiste en la percepción selectiva y la distorsión de la experiencia y/o completa negación de la misma o parte de ella. La ruptura de estas defensas, y la posterior toma de conciencia de la incongruencia mencionada, produce ansiedad.

Asimismo, Kelly (1955, en Neimeyer, 1997) define la ansiedad como el reconocimiento de los acontecimientos a los que la persona se enfrenta y a los que están fuera de la gama de la conveniencia del sistema de construcción del sujeto.

La ansiedad, como cualquier otro tipo de comportamiento presenta diversas manifestaciones conductuales, las cuales para Omar (1995) incluyen desasosiego, temblores, jadeos, expresiones faciales de temor, tensión muscular, falta de energía y fatiga. Los cambios fisiológicos que subyacen a estas conductas son esencialmente los mismos que ocurren cuando las reacciones al estrés activan el eje hipotálamo-pituitaria-adrenocortical. Tales estados son acompañados generalmente por pensamientos terroríficos acerca de los riesgos físicos o psicológicos que pueden responder a peligros reales o imaginarios.

Uno de los factores que puede provocar la presencia de ansiedad es la muerte. Al respecto, Neimeyer (1997) opina que la ansiedad ante la muerte es la que se experimenta en la vida diaria, no al afrontar situaciones en las que se ve amenazada la propia vida. Lo que más nos interesa es la ansiedad que causa la anticipación del estado en el que uno está muerto, excluyendo los aspectos relacionados con el miedo a morir o a la muerte de otros seres queridos. Además, el término ansiedad tiene una connotación de molestia inespecífica, y confusión que la distingue de otros términos como miedo o amenaza.

Para Gilliland, Lemmon y Lonetta (1985, citados en Neimeyer, 1997) la ansiedad ante la muerte está determinada por dos factores:

1. *F*, que refleja la salud psicológica global y
2. *F'*, que refleja experiencias vitales específicas que tienen que ver con el tema de la muerte.

La Teoría del Control del Terror, basada en la obra de Becker, supone que los sistemas culturales tienen una función amortiguadora frente a nuestra conciencia de vulnerabilidad y mortalidad. Esta teoría predice que el aumento de la autoestima de las personas debería permitirles experimentar menos ansiedad en respuesta a estímulos amenazadores, como imágenes de video sobre la muerte. Cierta evidencia empírica indica una correlación negativa entre autoestima y ansiedad ante la muerte (Neimeyer, 1997).

Neimeyer, Bagley y Moore (1986, en Neimeyer, 1997) encontraron que las personas que tienen una ansiedad ante la muerte alta, utilizan la estrategia de posponer la muerte. Además, Vargo y Barsel (1981, en Neimeyer, 1997) sugieren que las personas que tienen una baja ansiedad ante la muerte, presentan una orientación más pronunciada hacia el presente.

Se tiene así que la ansiedad ante la muerte puede ser el resultado del sí mismo imaginando un futuro sí mismo que afronta la muerte. Significa que no es el cumplimiento de los deseos y las irresponsabilidades lo que determina una ansiedad ante la muerte (mas baja), sino el nivel de cumplimiento anticipado. Obviamente, a mayor edad, el cumplimiento actual y el anticipado se vuelven más cercanos y, por lo tanto, todo el tema de la autorrealización se vuelve más crítico. Por esto puede resultar posible una interacción entre la edad y la autorrealización y su impacto en la ansiedad ante la muerte (Neimeyer, 1997).

ANGUSTIA

La muerte generalmente es angustiante porque al mismo tiempo es principio y fin de un periodo vital, fin de tantos proyectos, esperanzas, realidades, fin de un modo de existir espacio-temporal, pero también es principio de un modo de existir diferente totalmente desconocido, es principio para los creyentes, se deja un mundo y se llega a otro. La esperanza del creyente no suprime el temor o la angustia que provoca naturalmente el hecho de la muerte. Se trata de la angustia existencial y a veces angustia física (Sarabon, 1994).

Cuando tenemos miedo al futuro estamos viviendo una dolorosa angustia, la cual es generalmente, el primer dolor con el que se enfrenta el que recibe un diagnóstico fatal para él o para su ser querido. Quizá se quiera disimular por medio de la negación, pero es muy común que quien padece de angustia, caiga en una resignación patética en su vida que nos

engañemos creyendo que necesitamos la voluntad de Dios. Resignación y aceptación son opuestos (Reyes, 1994).

Cabe destacar, que la angustia puede orientar a las personas a desvalorar las actividades de su propia vida. Por esto, Ricoeur (1989) señala que en algunos casos, cuando una persona carga un exceso de angustia ante la muerte, puede dedicarse a trabajar en forma desmedida, lo que podría no ser satisfactorio, sino que al proveerlo de cierto estatus social y económico, siente que así enfrenta y quizá pueda vencer a la muerte, olvidándose de vivir y disfrutar la vida con plenitud, entrándose en un círculo en donde entre menor sea la satisfacción ante la vida, mayor es la angustia ante la muerte; esto es, se trabaja en exceso para de esta forma espantar a la muerte, pero en este correr se olvida de vivir.

Asimismo, al pensar que al huir de la angustia ante la muerte vivirá mejor, el individuo deja de percibir que en la propia angustia él refleja la totalidad de su ser. La existencia auténtica surge del autocuestionamiento, de esa angustia ante la nada. Para que esto ocurra, es necesario que interiorice la idea de muerte. Por lo tanto, la angustia no deprime al hombre sino que lo enfrenta a la muerte como posibilidad personal e inmutable. El hombre existe para morir. Sin embargo, esto no significa que el individuo tiene que ir al encuentro de esa pues no sería destruir todo el poder-ser. La conciencia auténtica de la muerte es caracterizada por la "esfera", que es la anticipación de su posibilidad. No se trata de un abandono (apatía), sino de una apertura a la finitud como ser (Saldanha, 1993).

No obstante, la angustia ante este suceso disminuye cuando se la percibe como una forma de "prestarle más atención a la vida". Estamos frecuentemente, envueltos en ella, lo queramos o no, cuando elegimos nuestro proyecto de vida. El límite de tiempo que todos tenemos para desarrollarlo, determina la complejidad o no de esos planes. No formaría parte del proyecto de un anciano, que apenas cursa primaria, estudiar medicina, por ejemplo. En nuestra finitud, la que nos gana en cuanto a la forma de vida que elegimos. De esa manera, la concretización de la muerte solo esclarece al individuo las cosas que hace, sin saber muchas veces el por qué. Al negarla, se niega una vida potencialmente mejor (Saldanha, 1993).

Sin embargo, la angustia ante la muerte también incluye aspectos positivos. Kierkegaard (1905) y Heidegger (1974) (en Meyer, 1983) indican que la angustia es el elemento positivo básico para la aceptación de la muerte. Kierkegaard, por ejemplo, resalta

que se puede aprender mucho de la finitud, y no se es el estado de angustia en un sentido vulgar y corriente. El que ha aprendido realmente a tener angustia, caminara comenzando cuando las angustias de la finitud comienzan a entrar en juego y los aprendices de la finitud pierden la razon y el valor. Por su parte, Heidegger describe que el miedo a desaparecer no deja aflorar la angustia ante la muerte que caracteriza al hombre.

DESESPERACIÓN

La desesperación por la muerte aparece solo cuando se percibe que no hay más tiempo para probar otra vida. Es como sentir que nada se hizo, que no hay mas tiempo para realizaciones. La vision del limite irrevocable le hace al hombre percibir la necesidad de hacer algo, y rápidamente. Es la lucha del individuo entre realizarse, realizar su proyecto y las limitaciones que el mundo impone a través de la finitud del ser. Es esa facticidad la que limita al existente y le impide cumplir su destino (Saldanha, 1993)

FRUSTRACIÓN

La frustración indica que no hay tiempo para hacer aquello que siempre se quiso hacer, ya que no hay tiempo de mostrar al que esta muriendo amor, perdon, el arrepentimiento. Lo cual nos lleva a una toma de conciencia ante la muerte nos sentimos impotentes. Entonces la frustracion se convierte en tanta profunda rabia que en momentos será enojo o ira, ya sea contra Dios o contra la vida, contra uno mismo o contra el tu de los demas, contra el enfermo, contra los sanos y contra quienes lo curan o atienden (Reves, 1994)

DEPRESIÓN

Reves (1994) considera que existen 3 tipos de depresiones, que son

REACTIVA es una respuesta a las pérdidas reales y simbólicas que sufre el enfermo y su familia, pérdida de salud, de estado, quiza de miembros u órganos, de derechos sobre el mismo cuerpo y la propia vida.

ANSIOSA, se refiere a todo aquello que el Yo quiere morir, a todo aquello que el Yo quiere que el ser querido ya muera. Ansiedad, en cambio, se refiere al Yo que todo el que quiere vivir, que todo el que quiere que siga viviendo el familiar moriente. En esta etapa aparecen sintomas de hipocondria y vuelven a aparecer todos los sentimientos que se habían superado aparentemente.

ANTICIPATORIA esta la sufre solo el enfermo terminal. Es la mas letal, de todas. El

enfermo acepta que va a morir y se enfrenta en una suencia, en un momento, en un día, a la idea que no se va a morir, que va a vivir y se enfrenta a los que ama. Vive en la más profunda soledad. Solo vive en su interioridad. El ambiente se vuelve triste. Hay que evitar que los últimos momentos, horas, días, semanas, del enfermo se roñan de la separación que nace de una falta, verdadera de comunicación. "Juntos juntos"

EVITACION

La evitación de la muerte se asocia con malestar psicológico en adultos y ancianos. En los ancianos la evitación de la muerte se relaciona con la depresión (Nemeyer, 1997).

Es posible que la evitación de la muerte impida a las personas afrontar los pensamientos y sentimientos sobre la muerte que existen por debajo de la conciencia pero que, sin embargo, afectan a la conducta (Nemeyer, 1997).

Cabe destacar que el sentimiento de evitación ante la muerte se presenta de forma generalizada en la sociedad. Al respecto, Kubler-Ross enfatiza que es la sociedad actual la que rechaza la muerte y sin embargo acepta y produce violencia mortal (en Villalobos, 1997).

Al respecto, Platon (1974, en Villalobos, 1997) argumenta que es obvio en la experiencia cotidiana que los adultos rehayan con frecuencia de toda alusión a la muerte cuando comporta una connotación personal. Hernández (1988, en Villalobos, 1997) plantea que el adulto en general no acogera gustoso entre sus pensamientos el de la muerte de otra persona, sin importar su insensibilidad o de crueldad, a menos que su profesión le obligue a tenerla en cuenta.

NEGACIÓN

Una buena descripción de la negación ante la muerte es la realizada por Moreno (1994) quien dice: "prefiero ignorar que a pesar de todo, la posibilidad de la muerte me acompaña a cada instante, que aún que no la tengo presente, ella está conmigo a cada paso, día con día, minuto a minuto. Pero, me estorba su presencia, me incomoda, recontra a mi lado, me estorba a ver mí vida y a vivir mismo en una forma diferente de como "siempre" lo he hecho". Me plantea considerar a cada paso el valor y la importancia de mis acciones y decisiones. La verdad es que no me deja vivir "en paz", es decir, en la inconsciencia de mis acciones.

Por otro lado, la escuela psicoanalítica sostiene que para todo ser humano es

inconcebible su propia muerte, o lo que es igual, que todo hombre en lo inconsciente está convencido de su propia inmortalidad, quizá por eso el hombre se le negado a aceptar la muerte como el final definitivo de su vida, así los ritos y costumbres fúnebras registrados en el mundo desde los albores de la cultura humana atestiguan la creencia de que el hombre sobrevive a la experiencia de la muerte en alguna forma (Guevara y Martínez, 1997).

Debido al impacto psicológico que este sentimiento tiene en las personas, a su vez se impacta a la sociedad. Ziegler (1976) explica que la sociedad no se contenta con privar al hombre de su agonía, de su duelo y de la clara conciencia de su finitud, no se limita a hacer de la muerte un tabú, a rehusar un estatuto social a los agonizantes, a patologizar la vejez y a negar a los antepasados. Niega la existencia misma de la muerte. La muerte es la nada. El ser es el hombre productor de mercancías, o la mercancía misma. Al negar la muerte y su función de acontecimiento —obstáculo, la sociedad capitalista mercantil realiza la reificación del hombre.

En la óptica existencial, la fase en la que no se quiere tomar acto en la muerte, esta connotada como "locura", y la finalidad del luto es olvidar a nuestros muertos, en vez de adaptarse a nuevos lazos o restablecer en el interior lo que ha sucedido en la realidad externa (Guevara y Martínez, 1997).

Sin embargo, el negar la muerte también es un proceso difícil. Al respecto, Saldarha (1993) señala que es la naturaleza temporal la que nos hace llevar la vida de una forma más seria. Por lo que no se puede negar la muerte. Negar la inevitabilidad de la muerte limita el enriquecimiento de la propia vida.

La negación de la muerte puede conducir a un tipo de "pornografía de la muerte", en la cual la violencia y la muerte se glorifican por sí mismas, con un sentido morbido según Roberts (1972, en Aizpuru, 1994).

Finalmente, Aizpuru (1994) destaca que como consecuencia de la negación de la muerte, se tiene la negación de las formas de enfrentarse a ella.

DUELO

El duelo es considerado como cualquier dolor experimentado, como soledad, aislamiento o desamparo, es así que desde el punto de vista psicológico puede existir duelo sin que exista una pérdida física de la vida, este se da cuando hay una pérdida significativa, de algo que provoca desasosiego al perderlo, nos hace sentir paralizados, muertos en vida e

sufriendo sin sentir, o que se estremece con causas, pues se rompe el equilibrio entre las necesidades propias y lo que demandan las situaciones exteriores (hay una desintegración) (Guevara y Martínez, 1997).

Aunque una muerte esperada en el caso de las enfermedades mortales causa gran impresión esta es más grande en el momento en que la enfermedad es diagnosticada en donde a veces se puede sufrir de un duelo anticipatorio que sea difícil aun cuando se este preparado para esta, pues la muerte es uno de los fenómenos de la vida que se reconoce más con la mente que con el corazón (Guevara y Martínez, 1997).

En el duelo se trata de recuperar el sentido perdido, de "hacer pasar al valor" la muerte del ser querido, de darle un sentido, de no hacer revivir en nosotros a nuestros muertos sino de hacerlos morir en nosotros naturalmente (Guevara y Martínez, 1997).

SOLEIDAD

Ferrater (1965) opina que el hombre no muere tota mente solo, ya que forma parte de la naturaleza, de la sociedad, de un grupo social, de un grupo familiar o interpersonal. Por lo que sus acciones y sus creaciones trascienden, por lo común, su vida y por tanto, también su muerte. Que esta trascienda, sea enorme o imperceptible no importa para el caso: "basta que el hacer humano no se convierta por entero en polvo y humo para que cada hombre tenga – por lo menos en tanto que elemento del cosmos – una cierta compañía".

Aceves (1994) sugiere que la idea de que la muerte se experimenta en soledad es una idea antigua, indiscutible, a pesar de que no tenemos testimonios de los que han muerto.

Asimismo, la religión enfrenta la idea de soledad en la muerte de forma tal que durante la eucaristía se recibe el cuerpo de Cristo y se comparte. En relación a esto, Aceves (1994) afirma que el individuo va siendo en relación, se va transformando por virtud de sus relaciones y es ahí en que consiste asumirse a uno y el otro se que la en el. Así, este autor indica que es el sentido de la eucaristía, por lo que entonces la muerte no puede ser una experiencia de soledad.

Sin embargo, es indudable que uno mismo vive su propia experiencia de muerte, es decir, que nadie le puede sustituir en la muerte a una persona.

CULPABILIDAD

Las culpas se manifiestan como una resignación paralizante y como la oportunidad

de entablar un regateo con Dios o con la vida. El resignado busca sacrificar, el negociador busca un nuevo trato. En ambas maneras el sufrimiento es mayor que en las etapas anteriores. Hay cambios de manera de vivir, hay promesas condicionadas, hay un fuerte dolor motivado por ocultos sentimientos de culpa. Si la culpa no se mitiga, se convertirá en la más fiel y dolorosa compañera de la muerte. Además, todo sentimiento de culpa se pasa en un absurdo (Reyes, 1994).

ACEPTACIÓN

Kubler- Ross (1969, en Neimeyer, 1997) define la aceptación de la muerte como el estar psicológicamente preparado para la salida final.

Klug y Sinha (1987, en Neimeyer, 1997) consideran a la aceptación de la muerte como sentirse relativamente cómodo con la propia conciencia de mortalidad personal. Tales autores la definen como "el reconocimiento deliberado e intencional de la perspectiva de la propia muerte y la asimilación emocional positiva de las consecuencias". Por lo tanto, la aceptación de la muerte consta de dos componentes, según estos autores: la conciencia cognitiva de la propia finitud y la reacción emocional positiva (o al menos neutral) a este conocimiento.

Para Neimeyer (1997) existen dos tipos de aceptación de la muerte:

ACEPTACIÓN NEUTRAL: implica que ni se teme a la muerte ni se le da la bienvenida, simplemente se le acepta como uno de los hechos inalterables de la vida y se intenta sacar el máximo provecho a una vida finita. Por lo tanto, incluye una actitud ambivalente o diferente.

ACEPTACIÓN DE ACERCAMIENTO: implica la creencia de una vida feliz después de la muerte (Dixon y Kirilaw, 1983, en Neimeyer, 1997).

Para Neimeyer (1997) la aceptación neutral está correlacionada positivamente con el bienestar psicológico. En una investigación, encontró que los sujetos que aceptaban la muerte como una realidad inevitable de la vida, parecía que disfrutaban de salud física y mental. Es probable que los sujetos con esa actitud estén motivados a hacer su vida lo más plena y llena de sentido posible.

Asimismo, la aceptación se presenta cuando el enfermo puede ser represiones, trabajar con una de las cosas. Ya no habrá resignación, pero tristeza sí, que nace de la falta de paz por morir. No obstante, la tristeza no está relacionada con la aceptación. Resignación es

pasivamente, dejar pasar los acontecimientos, resignarse es no vivir. El resignado no sabrá nunca lo que es vivir, tampoco sabrá saber morir. La aceptación es tomar activamente, conscientemente, mi vida. Es vivir a plenitud todos mis instantes. El instante que más debe vivir con intensidad es el de mi muerte. Aceptar es decir mi verdadero y comprometido a la voluntad de Dios (Reyes, 1994).

La única manera en que una persona puede aceptar la vida es aceptando la muerte. La muerte parece ser la gran aliada de la vida. La muerte te enseña a una persona que hay un límite. La muerte nos enseña a continuar, a mirar y a analizar, nos indica que nuestros seres queridos no van a ser siempre igual (Viamonte, 1993).

Dittman-Kohli y Baïres (1990, en Neimeyer, 1997) concluyen que parece ser que el incremento de la habilidad para aceptar la muerte es el resultado de un aumento en la sabiduría práctica, la cual incluye el conocimiento de las situaciones personalmente relevantes en la vida real.

Por su parte, Feifel (1990, en Neimeyer, 1997) dice que no importa lo horrible que parezca la muerte, todos los sujetos han de aprender a aceptar su muerte de alguna manera.

En un estudio Neimeyer (1997) encontró que los que aceptaban más una vida después de la muerte experimentaron un mayor bienestar psicológico y una depresión más baja.

Por último es importante identificar que la finalidad debe ser siempre, que el enfermo y su familia lleguen a la muerte con plena aceptación, con tal dignidad humana, y en palpable atmósfera de paz. La muerte, entonces será la culminación de la vida, la que dará sentido, lo trascendente que me lleve a mi trascendencia (Reyes, 1994).

AFRONTAMIENTO

Uno de los aspectos más relevantes de la muerte es, sin duda, el cómo afrontarla debido a que de este proceso se derivan las consecuencias del impacto de la muerte.

Para Kübler-Ross (1989, en Villalobos, 1997) durante la vida y no al final de estas es necesario que podamos afrontar y tratar la muerte para saber de ella antes de que se plantee en nuestra realidad personal como un suceso inminente.

Ponce (1994) describe que el afrontamiento consiste en la forma en que la persona se enfrenta al evento estresante de manera que le cause el menor daño posible, que lo pueda asimilar y logre "dar una salida" a la contradicción existente. El afrontamiento consiste

emociones en las actitudes y posturas habituales que adopta el individuo ante el estresor o las que conforma ante un evento relativamente nuevo.

Existen estilos de afrontamiento adecuados que propician la adaptación a la situación, solución del problema y comprensión y asimilación de lo que ocurre. Estos estilos adecuados permiten la superación y desarrollo del estilo de afrontamiento y por consiguiente un desarrollo de nuestra personalidad y capacidad para disfrutar la vida (Ponce, 1994).

Frecuentemente ocurre que cuando las personas no logran manejar sus problemas y los estilos y mecanismos de afrontamiento fallan, es cuando sobreviene el agotamiento, la enfermedad y todas las consecuencias que de ello se deriven. Estas formas de afrontamiento son la "válvula de escape" ante la sobrecarga de la vida, y es su desarrollo lo que permitirá el mantenimiento de la esperanza, el optimismo, el ansia de vivir, el triunfo y la felicidad (Ponce, 1994).

Para Ponce (1994) los estilos de afrontamiento más frecuentes son

AJUSTES INTRAPSÍQUICOS: consiste en llegar a un convencimiento o a un estado mental, en general que permita aceptar la situación estresante, se trata de modificar la imagen de esa realidad hasta cierto punto, de manera que podamos convivir con ella.

COMPENSACION: es tratar de desarrollarse o expresarse en otra manifestación que compense la deficiencia por otra parte, por ejemplo, la mujer fea trata de compensarse desarrollándose intelectualmente.

INTELLECTUALIZACIÓN: consiste en tratar de percibir la situación y los acontecimientos en general, de una manera despojada de lo afectivo y sentimental, observándolo fríamente.

REFLEXION: consiste en evocar reiteradamente en la conciencia la imagen de un acontecimiento estresante, altamente impactante y agudo. Cuando las imágenes se meditan, se recuerdan y se manipulan en la mente, su sentido emocional va perdiendo fuerza.

RACIONALIZACIÓN: el individuo asume un convencimiento que justifique el saldo negativo de una frustración, es una forma de engañarnos a nosotros mismos. Se da una explicación que mitiga el efecto de la frustración y reduce el estrés.

SUSTITUCION: se busca algo que sustituya en alguna medida lo perdido, ya sea una persona, familia, puesto de trabajo u otros.

NEGACION: ante determinados sucesos hay tendencia a creer lo que nos conviene y esta

En algunas necesidades, y en sentido contrario no las aceptamos.

REGRESION consiste en retrotraerse a formas de comportamientos anteriores. Se puede a regresar al seno de la familia para que resuelva los problemas, se puede presentar llanto, crisis histericas, etcetera.

RIGIDEZ consiste en trazarse una línea de pensamientos inflexible no modificable fácilmente, aunque la realidad pide el cambio y la adecuación a las condiciones concretas. Se trata del mantenimiento de concepciones y formas de pensar estereotipadas que inspiran seguridad y estabilidad al individuo.

AJUSTE [CONDUCTUAL] tiene varias formas, como son: búsqueda activa y emprendedora de soluciones, búsqueda de información, actividad física, actividad manual, distracción, etc.

EVASION incluye un conjunto de hábitos y comportamientos que por una parte alivian los estados negativos y por otra dañan y destruyen la salud, por ejemplo, las adicciones.

CATARSIS consiste en la expresión brusca de nuestros sentimientos y emociones.

AGRESIVIDAD es la intención y conducta encaminada a destruir violentamente la causa de dichos estados.

HUIDA consiste en escapar de la situación estresante de manera concreta.

APERTURA DE INTERESES Y ALTERNATIVAS ante la existencia de una amplia gama de alternativas, la intensidad de estos procesos se reduce, incluso la adaptabilidad se eleva.

PREVISION siempre que poseemos la información de lo negativo que probablemente va a acontecer, que no sea inesperado, que nos permite acostumbrarnos a la idea de lo peor que puede suceder, los efectos estresantes serán mucho menores.

BUSQUEDA DE APOYO consiste en buscar una cobertura espiritual que ofrezca seguridad y apoyo sentimental, y generalmente se busca en personas más seguras y estables que nosotros mismos.

Cabe destacar que se ha encontrado que entre las mujeres, sólo emplearían la estrategia de afrontamiento aquellas que se autoperceben como buenas controladoras de las emociones vinculadas con la activación del estrés (Ompin, 1995).

En lo concerniente al modo de la muerte, Byrne et al. en Villalobos (1997) clasifican los llamados "Estrilos Defensivos" para explicar los mecanismos de aceptación o rechazo.

te las personas.

Este autor sostiene que el ser humano posee ciertos mecanismos ante el material emocional: uno de dos estímulos defensivos, la sensibilización o la represión, mismos que son discernibles mediante la verbalización o a través de la respuesta galvánica de la piel. Además, estos mecanismos se adquieren y surten efecto en función de los procesos de adaptación del sujeto, pero cualquiera de ellos puede acentuarse ante niveles significativos de angustia.

SENSIBILIZACIÓN: el individuo sensibilizado será capaz de externar verbalmente la aprehensión que le produce entrar en contacto con un objeto amenazante, con una tendencia a presentar una baja sensibilidad autónoma (a través de la respuesta galvánica) ante la amenaza, así como tender a conductas que denoten una intención de procurar dicho objeto.

REPRESIÓN: Byrne (1961, en Villalobos, 1997) argumenta que aquel que manifieste mayor miedo verbalizado ante la muerte, tenderá a actuar menos el miedo, es decir, se comportará de una manera temeraria, mientras que aquel que responde de modo contrario, estará propenso a actuar más el miedo, este es, se cuidará de las situaciones amenazantes.

Lo anterior significa que mientras menor sea la verbalización de la sensibilidad al temor a la muerte, esto es, mientras menos se esté dispuesto a verbalizar este miedo, la persona evitará situaciones que considera amenazantes.

3.6 CAUSAS DE MUERTE

"Aunque la muerte es una entidad abstracta y difícil de circunscribir, el morir es más bien un proceso vivido de manera singular y cada vez menos consciente por un actor, el moribundo. Este puede tener una participación activa en la muerte, como en el caso del suicidio y de sus formas emparentadas o disimuladas (automutilación, anorexia, empleo abusivo de drogas, accidentes semivoluntarios), o como ocurre frecuentemente, sufrirla pasivamente" (Thomas, 1977, p. 63).

Las causas de muerte dependen del lugar, la época, la edad, el sexo, e incluso el tipo de profesión que se tenga.

Para Thomas (1977), las causas de muerte se pueden clasificar en dos tipos:

CAUSAS ENDOGENAS: llevan a la muerte genética o natural, momento normal de nuestro destino biológico. Todo sucede como si cada uno de nosotros ya fuese desde la cuna una hoja de ruta que le concediera una cantidad determinada de tiempo, el desarrollo

prenatal, el nacimiento, el crecimiento, la pubertad, las reacciones inmunológicas y el envejecimiento están regidos en apariencia (Hamburger, 1972, en Thomas, 1971). Se tiene así que existen en nosotros factores encargados activamente de desencadenar lo que denominamos muerte natural y sus preliminares, es decir, el envejecimiento.

CAUSAS EXÓGENAS, prematuras o retardadas fuentes de muerte accidental, proveen más bien un acontecimiento sobraañadido y por lo tanto, perturbación, en relación con el programa genético. Lo cual produce dos situaciones nuevas. LA MUERTE ANTES DEL TÉRMINO resulta de enfermedades vinculadas con agresiones externas (culturales o de civilización, suicidios, homicidios y actos de eutanasia); accidentes y catástrofes, entre ellos el hambre colectiva. LA MUERTE QUE SOBREVIENE DESPUÉS DEL TÉRMINO ha sido jaqueada temporalmente por la acción social o médica (higiene y prevención, recursos farmacéuticos y quirúrgicos, ensañamiento terapéutico o reanimación). Pero también hay coincidencia entre los dos grupos de causas. El organismo que DEBE fenecer desencadena por sí mismo su proceso de autodestrucción, a la vez fisiológico y psicológico; el sujeto se deja morir, se descompensa, abandona la lucha por sobrevivir. Pero, también se sirve de la circunstancia patológica que se presenta basta un resfriado para acabar con el organismo frágil de un anciano.

No obstante, Viamonte (1993) señala que la principal causa de la muerte es la edad, ya que cuando se es joven la capacidad funcional de los órganos es de 4 a 10 veces la requerida para mantener la vida, además la existencia de reserva de los órganos permite que un organismo en estado de estrés restaure la homeostasis (normalidad de estructura y funcionamiento). La declinación de la reserva de los órganos comienza a los 30 años de edad, y se reduce también la habilidad para restaurar la homeostasis. Por lo tanto, después de los 30 años de edad, la tasa de mortalidad se duplica cada 8 años.

Asimismo, este autor enfatiza que durante el proceso de envejecimiento se pierden células vitales que no se multiplican, ya sea por reacciones ambientales, vegetativas o inmunológicas, por una lesión o una enfermedad. Sin embargo, aunque el proceso de enfermedad tal vez parezca ser el motivo de la muerte, la causa real es que el organismo ha perdido la capacidad de mantener la homeostasis, y así, el envejecimiento se convierte en el factor decisivo para la muerte.

Al respecto, Moragas (1961) indica que las principales causas de muerte en los

personas mayores se debe en primer lugar a enfermedades del aparato circulatorio, en segundo lugar a sistemas nerviosos más definidos y en tercer lugar a tumores malignos.

Sin embargo, Thomas (1991) argumenta que las estadísticas revelan que se muere siempre algo, fuera del hogar, a edades cada vez más avanzadas y de modo muy diverso. Por ejemplo, describe que el hombre moderno, sobre todo si es occidental, muere de tumores malignos, de trastornos del aparato respiratorio, de accidentes y suicidios y de SIDA. En cuanto a las 3 Parcas, permanecen como siempre vigilantes en nuestro mundo, que sabe de guerras, de hambres y de epidemias, pese a que estas últimas parecen haber perdido impulso, por lo menos en lo que respecta a enfermedades clásicas.

Thomas (1991) también explica que en otro tiempo la gente moría en su hogar, rodeada de sus familiares y actualmente, en los países urbanizados e industriales, ya no es así. Por lo que la muerte en instituciones se produce con más frecuencia, por las siguientes razones: tecnificación de la salud, acceso de la mayoría a la asistencia más compleja, asimilación de la muerte y la enfermedad. De igual forma, la muerte se presenta cada vez a edades más avanzadas, observándose menos muertes en niños menores de un año, gracias al control médico durante el embarazo y el parto, y a los cuidados del lactante. Se tiene así, que el aumento de la expectativa de vida, sumado a la regulación de la natalidad, provocó en los países industrializados un envejecimiento de la población: los viejos son más numerosos y cada vez más viejos.

No obstante, no todos se benefician por igual con los progresos de la biomedicina, de este modo, las desigualdades ante el morir subsisten y se acentúan. La prolongación del lapso de vida multiplica necesariamente las posibilidades de morir a edades diferentes (Thomas, 1991).

Respecto a los sexos, se observa que las mujeres viven más que los hombres, sólo la India constituye una excepción, como consecuencia del gran número de accidentes del embarazo y el parto, lo que nos indica que el país también determina el tipo y la edad de la mortalidad, por ejemplo en Japón la expectativa de vida es de 76.3, en Suecia y Noruega es de 75.5, en Francia es de 73.2, en Estados Unidos 73.2, en Rusia 68, en África Negra entre 41 y 45 y en Afganistan se tiene el 40.8. Sin embargo, dentro de un mismo país aun existen diferencias, relacionadas con los estatus sociales y los modos de vida que con las clases propiamente dichas, así como en zonas urbanas y rurales (Thomas, 1991).

Se observa también que la mujer sin profesión tiene los mismos índices de muerte que su marido. El riesgo de morir entre los 35 y los 45 años es mayor para la mujer de un obrero que para la de un ejecutivo de nivel superior (Thomas, 1991).

Indudablemente, un factor relevante en la reducción de la tasa de mortalidad es "la Política Sanitaria", la cual expresa el mejor desempeño de los países escandinavos y de Estados Unidos o Canadá en comparación con Rusia. Además de esta, el "Modo de Vida" juega un papel muy importante para el mismo fin, por ejemplo, los ejecutivos de alto rango, pese a su aventajada posición social y económica, están por debajo de los profesores, debido a las tensiones a las que están sometidos y a la vida menos higiénica que llevan (frecuencia de las cenas de negocios), asimismo, la diferencia entre los sexos tiende a disminuir desde que las mujeres fuman, beben y viven como los hombres (Thomas, 1991).

Cabe señalar que en nuestro país, específicamente en el Distrito Federal, el subsecretario de salud Gustavo Baz Díaz Lombardo declaró que en un estudio de 1940 a 1949, la diabetes ocupaba la décima causa de muerte en 1960; para 1980 fue la séptima y a partir de 1985 se convirtió en la tercera causa de muerte. Por otro lado, respecto a las enfermedades del corazón en 1960 eran la quinta causa de muerte, sin embargo, desde 1980 a la fecha ocupan el primer lugar. No obstante, no en todas las delegaciones es la principal causa de muerte, pues los tumores malignos tienen la tasa más alta, además, la enfermedad cerebrovascular ocupa el primer lugar en la delegación Benito Juárez (Cardoso, 2000).

OTROS TIPOS DE MUERTE

Además de causas de muerte por enfermedad o vejez, socialmente y mundialmente se están presentando con mayor frecuencia formas de muerte externas o provocadas, las cuales han creado diversas discusiones morales, legales, etcetera, una de estas son: el aborto, la guerra, terrorismo, la pena de muerte y la eutanasia, entre otras y que han sido descritas por Simba (1991) de la siguiente forma:

Aborto: las personas que están a favor de la vida, denominados provida, explican que, "no se debe matar a un ser humano, si el feto es un ser humano". Luego concluyen, no se debe matar al feto. Sin embargo, en muchas ocasiones, la interrupción voluntaria de embarazo no es una acción inhumana. Son las ocasiones que suelen ser contempladas en diversas legislaciones, por ejemplo, cuando la vida de la madre peligra, cuando hay probable malformación en el feto o cuando la vida real y no solo potencial, del recién nacido

estaría expuesta a penas inmortales. No obstante, no cualquier acto hecho en cualquier tiempo ha de ser juzgado de la misma forma. Un ser humano que mata a un feto pocas semanas antes de salir del útero de la madre es un ser bien cercano al niño que pronto llegará a nacer. Estas situaciones merecen un análisis respecto al morir y al asesinar, siendo así que morir, matar y asesinar son 3 sucesos distintos (según el autor) y, aborto entonces, no sería propiamente la acción de matar a alguien, se podría decir que algo muere.

Guerra: esta es una de las caras de la muerte (desde la prehistoria). Dar muerte a otro miembro de la especie es intentar hacer cultura con la muerte. Es combatir por medio de la muerte para crear supuestos bienes en la tierra. Es sacrificar el individuo a la especie.

Terrorismo su intención traera como consecuencia las muertes y acciones atroces, su motivación es política. Se bombardea un objetivo con una importancia estratégica, sabiendo que perecerán inocentes. La intención esta lejos de la muerte de los inocentes. Las reacciones ante las acciones terroristas suelen ser indiferencia e indignación. Se acepta como se acepta un accidente y se rechaza con indignación, pena o lamentación, porque turba la rutina diaria, porque la introducción de la muerte y la posibilidad de ser tocado por ella en la vida de todos los días causa miedo.

Pena de Muerte: Kant (s.f. en Sadaba, 1991) dice "quien quiera que haya cometido un asesinato, debe morir". Dos posturas han chocado al respecto.

1. No hay forma de hacer justicia si no se mata al criminal, y
2. Matar a otro ser humano no es cuestión de justicia, es venganza.

Una moral militarista no tiene muchas dificultades para defender la pena capital. Estaría justificada si fuera razonable pensar que el número de vidas salvadas superara al número de ejecuciones. Según tal punto de vista incluso el posible error de matar a un inocente pasara a segundo plano dado que lo que importa es el número total y la superioridad en el balance final de los bienes sobre los males, sin las consecuencias las que importan.

No tendríamos porque rechazar la pena de muerte siempre que se dieran determinadas circunstancias. Ante un juicio justo, unos actores verdaderamente inhumanos y todas las circunstancias que uno desee añadir respecto a la bondad de la sociedad que juzga y la maldad del reo juzgado, no tendríamos más remedio que inclinarnos hacia la

ocasión de muerte. Sin embargo, la pena de muerte es una ofensa contra el misterio de la muerte. La muerte de una familia nos merece el respeto de la desmemoria, de lo que nos acontece desde afuera. Matar solemnemente a alguien roba ese misterio. Es ponerse en el lugar de la muerte, usurpar su potencia. Se suplanta a algún dios, se quiere tener, neciamente, el control de la muerte.

Eutanasia: su significado etimológico es "buena muerte". Lo que cuenta por encima de todo es el acto, en este lo que está en cuestión. La intención no suele causar problemas, porque tal intención acostumbra a ser la de evitar sufrimientos ante una muerte irreversible, un sufrimiento extraordinario con la incapacidad añadida de cambiar el curso de las cosas. Por eutanasia habrá que entender "producir la muerte de una persona debido a las especiales circunstancias (grandes sufrimientos, irreversibilidad de la enfermedad, imposibilidad de otros medios, etcetera) de la persona, no obstante, alguien puede esperar siempre un milagro. Se tiene así que la eutanasia está emparentada con el suicidio.

La diferencia de la eutanasia activa de la pasiva, se trata de la diferencia entre matar y dejar morir. La activa sería por ejemplo, aplicar una inyección letal, y la pasiva sería por ejemplo, desconectar el tubo de oxígeno. Por esto, la eutanasia provoca discusiones entre que es peor, matar o dejar morir. En ocasiones dejar morir resulta más perverso que matar, por ejemplo, dejar que un niño muera de hambre a nuestra vista, mientras comemos tranquilamente.

Suelen haber razones de peso para que la eutanasia sea permitida. Existen casos en los que condenar a la eutanasia y quieren convencernos de que acelerar la muerte de alguien, viviendo lamentablemente y en espera de una muerte inminente, es una injusticia, o que debe intervenirse quirúrgicamente para que continúen malviviendo niños que, de otra manera, morirían con toda seguridad. Acelerar la muerte de alguien en determinadas circunstancias no es asesinar, como no lo es producir la muerte de otro en legítima defensa.

La muerte por compasión o por estima es una forma de respeto. Supongámonos que alguien desea saber a punto de expirar semiinconsciente pero con la probabilidad de que sea curado para obtener de él una cierta información. No parece que sea falta de respeto causar la muerte de dicha persona. Otra cosa es que deseara seguir viviendo. Es su voluntad la que ha de respetarse. Sin embargo, hay quienes considerando moral la eutanasia, no están dispuestos a que se la legalice, y otros considerándola inmoral, tolerarían su legalización. Al

respeto. Foot (2011) en Saldaña (2014) opina que la legislación de la eutanasia abre la mano a cualquier arbitrariedad, hasta los reclusos podrían tener por su vida. Una vez legalizada la eutanasia, se habría dado el primer paso para un deterioro del respeto por la vida humana.

Debido a que la muerte, la calidad de vida y los estilos de vida están íntimamente relacionados, se pueden propiciar el mejoramiento del goce de la vida. En el siguiente capítulo se exponen algunos modelos que muestran dicha relación.

CAPÍTULO 4

MODELOS PARA ELEVAR LA CALIDAD DE VIDA

El análisis de los anteriores capítulos muestra que la calidad de vida, el estilo de vida y la salud son áreas del ser humano a las que se les ha dedicado una debida importancia social para su desarrollo y aplicación. Sin embargo, la reflexión sobre la muerte puede propiciar un análisis exhaustivo sobre el sentido de vida, la felicidad, el bienestar y los valores de la vida, es decir, lo más importante de la vida de cada individuo.

Para la promoción y aplicación de los estilos de vida saludables, con una óptima calidad de vida, felicidad y todos los elementos involucrados en estas áreas, se han desarrollado diversos modelos para esta finalidad. Los modelos que presentan una amplia descripción de los elementos anteriores son los siguientes:

4.1. MODELO DE MICHEL DOMIT

“La realidad es lo eterno, lo que permanece, lo que perdura para siempre: ésta es la auténtica realidad: sólo lo que nos llevaremos con nosotros para siempre”.

Domit, (1993), p. 401

El modelo de Domit está basado en la reordenación de los valores fundamentales del individuo, a partir de una reflexión sobre una situación catastrófica como la muerte, un temblor o una enfermedad incurable, para lo cual incluye valores como hacer, tener y ser. Domit (1993) considera que en occidente la prioridad de valores está ordenada inadecuadamente teniendo el siguiente orden:

1. TENER
2. HACER
3. SER

Domit (1993) plantea que necesitamos un cambio interno, un cambio de filosofía, una verdadera y completa transformación en nuestro interior. Tenemos que romper con todo lo anterior y aceptar, sin necesidad de enfrentarnos con la muerte, que nada de lo que estamos atesorando aquí (lo material, como la belleza física, ropa, autos, etcetera) nos llevaremos con nosotros. Tenemos que comprender que tener este cuerpo maravilloso y poder nos manifestar a través de él en este mundo, es una enorme suerte que tal vez sólo se nos dará en esta ocasión. Ser conscientes de que tal vez nunca tendremos de nuevo la oportunidad de rehacer las cosas que en realidad debemos hacer, en vez de habernos

distruido con la ambición de poseer.

Asimismo, Demit (1993) señala que un gran número de personas dedica su tiempo y su esfuerzo a intentar obtener una gran cantidad de objetos materiales, haciendo suya la premisa: "entre más tengo, más valgo". El fin es poseer una mayor cantidad de objetos o de dinero que se traduzcan en mayor poder o en mejor situación. En consecuencia al afán de coleccionar, en repetidas ocasiones esa persona lesiona todo lo que tiene ambiente, incluso su propia integridad, sus valores y su SER mismo.

En base al fundamento anterior, Demit (1993) indica que el orden de la prioridad de valores debe ser el siguiente:

1. **SER**: el ser esta formado por la realidad de lo que somos en esencia, por nuestra energía, nuestro pensamiento, memoria, nuestro interior, incluyendo las capacidades y características intrínsecas a la conducta individual, como la bondad, el amor, el cariño, etcétera. Si nuestro SER es lo único que nos llevaremos al morir, resulta de primordial importancia ponerlo en las condiciones adecuadas. Nuestra actividad debe orientarse a preparar a nuestro ser, ya que probablemente no habrá cielo, infierno o purgatorio, no será dios quien nos premie o nos castigue, sino nosotros mismos, a través de nuestra auto imagen, nuestro Yo, o nuestra conciencia. Esta conciencia nos da hoy la pauta para ser felices o infelices. La felicidad no depende de las cosas externas sino de las internas, depende de nuestra conciencia y de su evolución, de nuestro ser esencial. Es probable que al morir conservemos exactamente nuestra conciencia tal y como se encuentre en ese momento. Nada cambiará sólo dejaremos nuestro cuerpo. Esto significa que si somos infelices al morir, seguiremos siendo infelices.

Dicho enfoque también funciona para aquellos que no creen en la vida eterna, se trata de vivir mejor la vida, en la vida corporal misma, para lograr un estado de felicidad total y absoluto, creer o no en la vida eterna no resulta de primordial importancia. Resulta ideal para cualquiera tender a ser más pleno y feliz aquí, a través del desarrollo de su SER, y si sucede que al morir, se encuentra con una continuación de la vida deberá felicitarse por ello, pues probablemente ya tendrá ganada la felicidad. Si por el contrario, ocurriera algo más, nada se había perdido, simplemente aprendimos a vivir una vida completa y a realizarnos como seres humanos en la vida.

Para finalizar este punto, Demit (1993) explica que para definir que quiere ser una

4.2 EL MODELO SUECO DE BIENESTAR

El enfoque del modelo sueco de los 70's define el nivel de vida como el dominio de "los individuos sobre los recursos en forma de dinero, posesiones, conocimiento, energía mental y física, relaciones sociales, seguridad y otros, por medio de los cuales el individuo controla y dirige conscientemente sus condiciones de vida" (Erikson, 1987, en Ramírez, 1998).

Un enfoque sobre las necesidades básicas, se concentra en las condiciones sin las cuales los seres humanos no pueden sobrevivir, evitar la miseria, relacionarse con otras personas y evitar el aislamiento. **TENER**, **AMAR** y **SER** son las palabras de efecto para llamar la atención sobre las condiciones necesarias centrales para el desarrollo y la existencia humanos. Se supone claramente que hay necesidades humanas básicas tanto materiales como no materiales, y que es necesario considerar ambos tipos en un sistema de indicadores diseñado para medir el nivel actual de bienestar en una sociedad (Nussbaum y Sen, 1996, en Ramírez, 1998).

TENER se refiere a las condiciones materiales que son necesarias para la supervivencia y para evitar la miseria. Cubre las necesidades de nutrición, de aire, de agua, de protección contra el clima, el ambiente, las enfermedades, etcetera. En los países escandinavos las condiciones materiales pueden medirse por medio de indicadores que se refieren a:

1. Los recursos económicos: ingreso y riqueza
 2. Las condiciones de la vivienda: espacio y comodidades en el hogar
 3. El empleo: ocurrencia y ausencia de empleo
 4. Las condiciones de trabajo: el ruido, temperatura, rutina y presión psicológica de trabajo
 5. La salud: varios síntomas (o ausencia) de dolor o enfermedad, la disponibilidad de ayuda médica.
- La educación: años de educación formal

Las unidades de medida del ambiente biológico y físico para describir el bienestar humano en la sociedad tendrían que reflejar en primer lugar el grado y la naturaleza de los componentes de la contaminación, en el aire, el agua y la tierra (Ramírez, 1998).

AMAR se refiere a la necesidad de relacionarse con otras personas y de formar identidades sociales. El nivel de satisfacción de la necesidad puede evaluarse con medidas que indiquen:

1. Fortalezas y contactos con la comunidad local.
2. El apoyo a la familia y los parientes.
3. Patrones activos de amistad.
4. Relaciones y contactos con compañeros miembros de asociaciones y organizaciones.
5. Relaciones con los compañeros de trabajo.

En los países escandinavos las relaciones sociales son igual de buenas por sus contactos y calidez tanto en las chozas como en los castillos. Tan pronto como las condiciones materiales se vuelven realmente malas, es probable que las relaciones de solidaridad y amor también se vean afectadas. Algo similar puede esperarse cuando se estudian las relaciones entre la calidad del ambiente biológico y físico con el compañerismo y solidaridad humanos. Si el ambiente físico se deteriora claramente, las personas podrán perder algunas de sus capacidades para el compañerismo, la solidaridad y el amor (Ramirez, 1998)

SER: se refiere a la necesidad de integrarse a la sociedad y vivir en armonía con la naturaleza. El lado positivo de ser puede caracterizarse como el desarrollo personal, mientras que los aspectos negativos se refieren al aislamiento. Los indicadores miden, por ejemplo:

1. Hasta dónde una persona participa en las decisiones y actividades que influyen en su vida.
2. Las actividades políticas.
3. Las oportunidades para (realizar) actividades recreativas.
4. Las oportunidades de una vida significativa en el trabajo, y
5. Las oportunidades de disfrutar de la naturaleza, ya sea mediante la contemplación o por medio de actividades como el paseo, la jardinería y la pesca (Alardt, 1976, en Ramirez, 1998).

Por otro lado, Ramirez (1998) amplió un modelo de índice de calidad de vida en función de la satisfacción en las áreas de la vida las cuales son: satisfacción familiar, satisfacción en el trabajo, satisfacción en la salud, satisfacción del ambiente, satisfacción de apoyo social y satisfacción de la vivienda.

4.3. MODELO DE VIAMONTE:

Para Viamonte (1993) los fundamentos de la salud, la longevidad y la felicidad son:

genética, nutrición, actividades, estilo de vida y actitudes.

1. **GENÉTICA**: uno de los aspectos más importantes de la genética es que proporciona algunos fundamentos importantes para estimar la duración de nuestra vida, también nos informa acerca de ciertas predisposiciones heredadas a la enfermedad que pueden menoscabar y o truncar prematuramente nuestras vidas.

2. **NUTRICION**: pocos seres humanos comen lo que deberían y la mayoría de ellos no aprecian la importancia de cuánto, cómo, cuándo, donde comer y de qué forma cocinar. Además, los hábitos alimenticios adoptados por la sociedad occidental durante los últimos 100 años son causas importantes de enfermedad cardíaca coronaria, hipertensión arterial, diabetes y algunos tipos de cáncer.

Respecto a la alimentación, *Wlamonte (1993)* recomienda la dieta Guidelines para americanos:

1. Consumir alimentos variados
2. Mantener el peso deseable
3. Evitar ingerir demasiada grasa, grasas saturadas y colesterol.
4. Consumir alimentos que tengan el nivel adecuado de almidón y fibra.
5. Evitar el exceso de azúcar.
6. Evitar el exceso de sodio.
7. Evitar bebidas alcohólicas.

Además, el medio principal para retardar el proceso de envejecimiento y extender al máximo la vida es restringir el consumo calórico "subnutrición sin mal nutrición". En el régimen de subnutrición, el consumo total de las calorías es sumamente limitado, pero no hay carencia de nutrientes importantes como las vitaminas, los aminoácidos esenciales, los ácidos grasos y los minerales. Si el consumo calórico total se reduce a 60% de lo que un animal comiera normalmente, la duración máxima de la vida se extiende entre un 50 a un 60%. En los estudios realizados, la mayoría de los animales que se habían sometidos a una dieta restringida parecían más sanos y seguían siendo sexualmente activos (*Wlamonte (1993)*).

3. **ACTIVIDADES**: para tener una vida plena y feliz es esencial lograr un equilibrio apropiado de actividades físicas, sexuales, intelectuales, emocionales y espirituales. El ejercicio debe de ir acompañado de una dieta balanceada y agua. La actividad física es

esencial para alimentar los tejidos, particularmente durante el período de crecimiento, crea una nueva dirección. En períodos de descanso existe un gran número de vasos sanguíneos que no se usan. Cuando se respira de manera profunda y regular y cuando se estimula la acción del corazón hay una mejor perfusión de los tejidos del cuerpo. Ambos procesos ocurren durante el ejercicio. (Viamonte, 1993)

Viamonte (1993) plantea que el ejercicio regular y moderado ayuda a reducir la irritabilidad al disminuir las señales de hambre enviadas al cerebro. El ejercicio ligero, como caminar o carrera rápida, si se realiza durante 20 o 30 mins., produce un aumento de glucosa sanguínea, lo cual reduce el apetito mediante un centro regulador que se halla en la médula. Los músculos queman hasta 50% de las calorías que se consumen por ora, por esto las personas delgadas y musculosas tienen ritmos metabólicos más altos y parecen ser capaces de comer en abundancia sin aumentar de peso. El ejercicio aeróbico regular ayuda a controlar el peso y contribuye a reducir la presión arterial en pacientes con hipertensión esencial no complicada.

Los beneficios de una buena condición física son tanto físicos como emocionales. Al respecto, Viamonte (1993) argumenta que las buenas condiciones físicas producen una sensación de bienestar (euforia) y reducen la ansiedad, el estrés y la irritabilidad. Esta sensación de bienestar puede estar relacionada en parte con la liberación de ciertas hormonas de las glándulas suprarrenales y ciertos productos del cerebro (endorfinas). Así, la actividad física también permite trabajar con menos esfuerzo.

Por otro lado, se ha documentado científicamente que los individuos sedentarios muestran significativamente más enfermedades cardíacas y circulatorias que los individuos activos. Asimismo, el índice de mortalidad debido a tal enfermedad es dos veces más elevado entre personas sedentarias, que mueren, en promedio de 4 a 5 años antes que las personas activas. Al parecer el ejercicio neutraliza los cambios bioquímicos y fisiológicos destructivos que se cree ocurren durante el envejecimiento. Por ello, muchos investigadores han concluido que el ejercicio prolonga la vida, además, aumenta la resistencia del cuerpo a las enfermedades y al dolor. También, la reducción de la ansiedad a través del ejercicio es útil en pacientes con problemas emocionales (Viamonte, 1993).

El ejercicio modifica las grasas de la sangre, los niveles de insulina, la pérdida de mineral de los huesos y la menor capacidad cardiovascular relacionada con la edad.

Practicamente todos los seres humanos deben ser físicamente activos. Sin embargo, los adultos deben estar supervisados por un médico que les recomiende que tipo de ejercicio deben practicar de acuerdo a su edad y a su estado orgánico (Viamonte, 1993)

4. ESTILO DE VIDA Los aspectos positivos del estilo de vida (amor, trabajo, reír, partir, aprender) así como la importancia de conocerse a sí mismo y a otros, conocer su medio ambiente, su rol en la vida y las formas de existencia en este planeta son tan importantes como conocer las consecuencias de un estilo de vida inadecuado: obesidad, alcoholismo, tabaquismo, el uso de otras drogas y otras enfermedades sociales. Los aspectos negativos que deben evitarse son la limitación, la pérdida, la carencia, la falta de espíritu y la pereza.

Los aspectos positivos del estilo de vida adecuado son los siguientes (Viamonte, 1993)

a) **AMOR** requiere interés en el bienestar y felicidad del ser amado, respeto a la persona tal como es, responsabilidad de cuidarla con entrega y generosidad, conocimiento de sus valores y deseos, así como la comunicación abierta, sincera y explícita.

b) **TRABAJO** es esencial para la actividad normal de todos los órganos del cuerpo. El trabajo es una forma de retardar el proceso de envejecimiento y constituye una necesidad humana básica que produce satisfacción y orgullo personal a través de los logros obtenidos. La inactividad y la pérdida de interés pueden conducir a una involución emocional y causar trastornos mentales semejantes a la demencia senil.

Viamonte (1993) sugiere que el trabajo no debe ser el mismo a lo largo de toda la edad adulta. Conforme transcurre el tiempo, las actividades deben adaptarse a la capacidad física e intelectual del individuo. "Lo que cuenta no es el número de horas que se pasa en el trabajo, sino cuánto se pone en esas horas". El trabajo debe ejecutarse siempre con moderación. Todos los excesos son malos, y el trabajo sin descanso es tan perjudicial como lo contrario. Por ello, el trabajo debe ser una experiencia placentera. Dedicarse a diferentes tipos de trabajo es muy agradable.

c) **RISA** esta es el paso más firme hacia la salud, la productividad, la vitalidad y la espiritualidad. La sonrisa es un requisito para iniciar relaciones positivas. El amor y la sonrisa constituyen un lenguaje universal que une a las personas. Donahue (s.f.) en Viamonte, (1993) dice que la risa es la forma más agradable de comunicación. Para

Sturges (1983, en Viamonte, 1993) el sentido del humor dilige los temas y ayuda a olvidar cuando estos son desagradables o desagradablemente.

"Permiteme decirte lo que significa una sonrisa

Hali Rouen, e "mediante irlandés" (L. C. Viamonte, 1993)

Produce la risa y produce mucho. Ilumina e ilumina la noche y no empobrece a quienes la abusan. Produce instantáneamente y su recuerdo es eterno. No es dora toda la vida. No existe nada tan rico que pueda prescindir de ella; ni tan pobre que no disfrute la riqueza de sus beneficios. Produce jovialidad en la casa, crea buena y llamada en los negocios y es la contrache de los amigos. Es el descanso para el fatigado, luz para el desanimado, señal de alegría para el triste y el mejor antidoto que tiene el hombre para los problemas; y sin embargo no se puede súplica, comprar, prestar, ni contar, pues es algo que puede aplicarse a todos; se concede. Por lo tanto, si en el curso del día tus amigos se hallan tan cansados que no puedan regalarle una sonrisa mas que a quienes no tienen ninguna que dar. Sonre" (p. 183)

El concepto de la risa es "una válvula de escape para el exceso de energía" y la subsecuente liberación de la tensión, es antiguo. Freud (1927, en Viamonte, 1993) afirma que la risa es una salida para eliminar energía psíquica. La risa restaura el equilibrio y estimula la circulación, en suma, produce una sensación de bienestar, expresada con precisión en la frase "la risa, remedio infalible". Además, Cusins (1977, en Viamonte, 1993) descubrió que la risa tenía un efecto anestésico.

En su origen latino, humor significa humedad o fluido como el agua. Así que tener sentido del humor podría definirse como ser capaz de ir con la corriente, de dejarse ir, de tomar las cosas como vienen. El sentido del humor no consiste en contar chistes o ser muy chistoso, sino más bien en ser positivo y saber divertirse (La Vaca Independiente, 2001).

James (1983, en Viamonte, 1993) opina que se nos fallan porque reímos, no lo contrario. El doctor Bray (1911, en Viamonte, 1993) escribió "la risa ayuda a la digestión, estimula el corazón, fortalece los músculos, activa la función creativa del cerebro y mantiene alerta a la persona. La risa también constituye un ejercicio interno".

Como mecanismo evolutivo, la risa sirve para evitar la agresión, diseminar información y preservar la unidad social. La risa como signo de bienestar se desarrolló como antítesis al llanto, que es signo de malestar. (Kornat Lorenz, L. C. en Viamonte, 1993)

argumento de la risa no sólo elimina la agresión sino que también elimina el sentimiento de aislamiento. La risa parece ser un reflejo de las conductas de adaptación primitivas.

Es un hecho que el estrés puede hacernos daño, tanto física como mentalmente. Hay enfermedades relacionadas con el estrés, como úlceras, migraña, hipertensión, depresión y otras. En relación a esto, la risa puede ayudarnos a reducir los músculos, bajar nuestra presión sanguínea y reducir los niveles de hormonas que crean estrés, bloquear el sistema inmunológico. La risa es de hecho un ejercicio corporal que eleva el ritmo cardíaco. Cuando una persona rie oxigena su cerebro, sus músculos alarinales y torácicos se contraen y la temperatura de su cuerpo se eleva medio grado, todo lo cual ayuda a incrementar sus niveles de energía (La Vaca Independiente, 2011).

Se tiene así que el buen humor es terapéutico porque en el fondo es un método de relajación que nos tranquiliza y nos proporciona paz (La Vaca Independiente, 2011).

Asimismo, Viamonte (1993) señala que el cerebro tiene un centro de risa. Las respuestas emocionales, como la risa, están mediadas por estructuras subcorticales, especialmente el hipotálamo, la corteza cerebral puede modularlas o suprimirlas.

Uno de los más grandes beneficios de la risa es que produce hormonas llamadas endorfinas, las cuales ayudan a la creatividad, el amor, y en general influyen positivamente en nosotros. Las endorfinas han mostrado su capacidad para aliviar el dolor, agilizar el sistema inmunológico, darnos salud y aliviarnos más rápidamente en caso de una enfermedad (La Vaca Independiente, 2011).

En base a todo esto se encuentra que a través de la risa, la diversión y el juego satisfacemos algunas de nuestras necesidades naturales más profundas, que no son otras que estar en paz y armonía con lo que nos rodea. Se puede decir que reír es una forma de elevar sustancialmente la calidad de vida, pues nuestra salud y nuestras relaciones mejoran con la risa (La Vaca Independiente, 2011).

En **DESPEDIDA**, las relaciones no pueden ser eternas y es fundamental reconocer la calidad temporal de nuestra vida. Debemos enfrentar el destino y saber que nada dura para siempre. Nada nos pertenece. Es tan inevitable que nuestros seres queridos nos abandonen como que nosotros los abandonaremos a ellos. Debemos reconocer y prepararnos para sentimientos dolorosos como pena, tristeza, angustia, desesperación y soledad, anticipando estas realidades y aprendiendo a contrarrestarlas. Aprender a apartarse

es el sufrimiento. Sin embargo, debemos aceptar la vida y la muerte, las ganancias, las pérdidas, la fertilidad y la tristeza. Hay que pensar en las ganancias, las pérdidas, las penas y el dolor como sucesos inevitables que son parte de la vida.

El **APRENDIZAJE**, por medio de la educación, cada persona debe aprender acerca de sí mismo, acerca de la comunicación y de las relaciones con otros, acerca del ambiente, acerca del significado de la vida y, acerca de las muchas opciones que todos tenemos y del potencial ilimitado de cada persona en una sociedad libre en donde cada uno puede elegir su propio camino. Cuanto más aprendamos, mayor será nuestra apreciación respecto a nosotros, que y como somos, y mayor será el significado de nuestra existencia.

Para Viamonte (1993) aprender significa dar y recibir, observar y escuchar, descubrir y descartar, aceptar y rechazar, experimentar, practicar y reforzar. Además, el aprendizaje nos permite reconocer nuestras limitaciones.

Si no es así, no es posible cambiar una situación; siempre tenemos la opción de la adaptación y la esperanza, y de contribuir para un futuro mejor. Además, la aceptación y la adaptación son los mejores antidotos para la frustración. Para liberarnos de frustraciones, victorias o cualquier tipo de atadura, primero debemos reconocer el problema (apreciar las consecuencias y considerar alternativas), decidir hacer un cambio y llevarlo a cabo con vigor y perseverancia, a veces, buscando apoyo o ayuda en otros u otras cosas (Viamonte, 1993).

Se debe evitar la monotonía, los excesos, el agotamiento y las peticiones absurdas. Podemos y debemos intentar que los momentos felices se repitan, pero al hacerlo, hay que tratar de dar felicidad a los demás. Se debe aprender a descubrir y disfrutar de las cosas maravillosas y placenteras de este mundo, que son todas gratuitas (Viamonte, 1993).

Asimismo, Viamonte (1993) explica que es importante saber quienes somos y por qué no tenemos lo que deseamos (el presente), lo que debemos cambiar en nosotros mismos, nuestros estilos de vida, nuestras actitudes y cual es son los ingredientes para lograr el éxito (futuro). Al respecto, Banting (c.f. en Viamonte, 1993) argumenta que no está dentro del poder de la mente humana debidamente creada encontrar satisfacción; el progreso terminaría si este fuera el caso. Desear lo que no tenemos, querer que ciertas cosas se realicen y sufrir la ansiedad que ello puede conducir, son reacciones normales siempre y cuando estén bajo control.

Por otro lado, James Allen (1883, en Viamonte, 1993) afirma que "el hombre no puede controlar sus propias emociones, pero puede seleccionar sus pensamientos y alterarlos, hasta que el pensamiento se ligue con el propósito, no hay una realización inteligente – todo lo que el hombre lleva a cabo y todo lo que empre realizar es su resultado directo de sus propios pensamientos – "querer es poder, aspirar es realizar" (p. 191). Al respecto, Jesús de Nazaret dijo "no las cosas son posibles para los que creen".

Por ello, el mayor logro intelectual que alguien puede alcanzar es llegar a ser el dueño de sus pensamientos, teniendo así, la posibilidad de controlar nuestros sentimientos y determinar en gran medida, nuestro destino (Viamonte, 1993).

Cuando se enfrenta una crisis Reinhold Niebuhr (s.f., en Viamonte, 1993) dice que se necesita serenidad para aceptar lo que no podemos cambiar, valor para cambiar lo que es susceptible de cambio y sabiduría para reconocer la diferencia.

Asimismo, el doctor Robert Maek (s.f., en Viamonte, 1993) sugiere que muchos de nosotros tenemos que enfrentarnos al dolor o a la injuria, o incluso a la posibilidad de la muerte, para conocer el propósito real de la existencia y saber disfrutar de la vida, para lo cual se necesita paz y libertad.

5. ACTITUDES la actitud positiva incluye la adaptación, la asertividad, el afecto y la atracción. Los aspectos negativos son enojarse, estar ansioso, sentir vergüenza, ser apático y afectado. Para tener autocontrol se deben dominar el reloj, el calendario, los compromisos, los intereses y el carácter.

Los ingredientes del éxito (salud, libertad, paz, conocimientos y oportunidad) son generalmente asequibles cuando disponemos de opciones y cuando optamos por un curso apropiado en la vida (Viamonte, 1993).

Viamonte (1993) indica que las actitudes se refieren a inclinaciones, a la forma de reaccionar ante situaciones. A este respecto, James Allen (1883, en Viamonte, 1993) plantea que el hombre en virtud de sus pensamientos, es el creador de su carácter, el modelador de su vida y el constructor de su destino. A través de sus pensamientos puede crear los instrumentos para construir sus mansiones de alegría, paz y satisfacción, y las armas para conducirlo a la destrucción. Por medio de sus pensamientos obtiene los conocimientos acerca de sí mismo que le proporcionen sabiduría y poder. Con sus pensamientos puede atraer todo cuanto quiera para su propio progreso y para mejorar sus

circunstancias

Viamonte (1993) describe que con buenos pensamientos una persona puede esperar buenos resultados, pero los malos pensamientos lo hacen vulnerable al sufrimiento. Con sus pensamientos puede controlar su cuerpo y nunca dejar que ocurra a la inversa. Los pensamientos alegres pueden disipar las enfermedades del cuerpo, los pensamientos tristes pueden enfermarlo. Con sus pensamientos el ser humano debería establecer objetivos con un plan de acción, y cuando logre estos objetivos, deberá establecer otros más. Sólo a través del uso continuo y juicioso de sus facultades, una persona puede mantener su vigor, disfrutar la vida y cumplir con su deber de contribuir al mejoramiento de sus semejantes.

Los aspectos positivos de las actitudes para Viamonte (1993) son:

a) **ADAPTACIÓN** la aceptación de lo sucedido es el primer paso para superar las consecuencias de cualquier desgracia. Yutang (s.f. en Viamonte, 1993) decía: "la verdadera paz mental proviene de la aceptación de lo peor". Cuando se enfrenta a un problema, se debe preguntar a sí mismo: ¿qué es lo peor que podría pasar? Hay que prepararse para aceptarlo, si es necesario y proceder a mejorar lo peor. La aceptación implica adaptación física, adaptación ambiental, adaptación mental y emocional y por último, adaptación sexual.

b) **ASERTIVIDAD** la aserción es el acto de estipular o declarar positivamente. Afirmar implica convicción de verdad y voluntad firme de respaldar nuestras convicciones con base en la evidencia, la experiencia o la fe. Ser afirmativo y agradable influye favorablemente en las funciones corporales. El dolor y otros síntomas disminuyen en proporción con la actitud positiva del individuo.

c) **AFFECTIVIDAD** el afecto es un signo de fuerza, no de debilidad. Los abrazos, las caricias e incluso el roce amable son poderosas formas de comunicación. El psicólogo Harold Verth (s.f. en Viamonte, 1993) afirma que los abrazos pueden eliminar la depresión, y contribuyen a estimular el sistema inmunológico del cuerpo. Los abrazos transmiten vida fresca a un cuerpo cansado y lo hacen sentirse más joven y más vibrante. En promedio, los abrazos diarios fortalecen las relaciones y reducen significativamente la fiebre. Helton Cotton (s.f. en Viamonte, 1993) opina que al tocar a una persona, la cantidad de hemoglobina en la sangre se eleva significativamente. La hemoglobina fortalece a todo el cuerpo, ayuda a prevenir la enfermedad y acelera la recuperación después de una

enfermedad.

En un estudio de la Universidad del estado de Ohio, acerca de la correlación entre una alimentación elevada en grasas y la arterioesclerosis en conejos de laboratorio, se demostró que los conejos que habían tenido la misma alimentación alta en grasas, pero que habían sido acariciados y abrazados por los estudiantes solo tenían la mitad de depósitos de grasa acumulada en las arterias comparado con los otros (Viamonte, 1993). Al respecto, Buscaglia (1962, en Viamonte, 1993) describe que tal vez esto explique por qué hay más hombres que mujeres con arterioesclerosis y agrega que uno de los objetivos básicos en nuestra vida debería consistir en ser mejores amigos, ser mejores amantes y acercarnos más a nuestros semejantes de muchas maneras.

Es natural que queramos mostrar afecto. Igualamos la ternura con el sentimiento, la debilidad y la vulnerabilidad. A menudo titubeamos tanto para dar un abrazo como para recibirlo. El abrazo es una reafirmación muy humana de ser valorada y estimada, hace sentir bien, es gratis y requiere poco esfuerzo, es saludable tanto para quien lo da como para quien lo recibe (Viamonte, 1993).

El LOGRO es luchar por lograr algo. Joseph Murphy (s.f. en Viamonte, 1993) sugiere "dirija su mente víbilosa, positiva y definitivamente en la dirección del avance, ascenso y realización. Para alcanzar un objetivo, se debe comprender que los logros de la civilización por medio de las ciencias y las artes son el resultado del trabajo de muchos individuos. Debemos pasar por la vida contribuyendo al mejoramiento del mundo y realizando las vidas de aquellos con quienes nos relacionamos y pueden beneficiarse con nuestras obras. La felicidad no es principalmente placer, es principalmente victoria, que proviene de la sensación de logro o de triunfo.

El ATRACCION, más allá de la apariencia física, muchos pueden detectar las profundas vibraciones positivas de una persona bien adaptada, optimista, asertiva y afectuosa. Todas estas cualidades son más atrayentes que los rasgos visuales de un cuerpo bonito. La posestora más valiosa de una mujer es la imaginación del hombre. Marcel Proust (s.f. en Viamonte, 1993) dice "dejen a las mujeres atractivas (bonitas) para los hombres sin imaginación. Hay que buscar las cualidades positivas de cada persona dondequiera y cuando no sean muy evidentes, dedique sus energías a descubrirlas. Se debe intentar ser atractivo. Cualquier rasgo que tengamos como un defecto o virtud puede desarrollarse y

mirarse. Podemos cumplir por fin con nuestros esfuerzos y con la ayuda de los demás.

En este manual de Viamonte (1993) también se muestra un análisis de lo que no se debe hacer para ayudar a la longevidad y la felicidad, indicando situaciones como:

1. *IRA*: cuando nos enfuramos, el sistema nervioso simpático se prepara para actuar de urgencia, el cuerpo recibe ciertas demandas fuera de lo común y se prepara para la acción. el nivel de azúcar en la sangre se eleva, la presión arterial aumenta, el ritmo cardíaco se acelera y las pupilas se dilatan. Todo esto se produce por efecto de una mayor actividad nerviosa simpática y por hipersecreción de adrenalina. La reacción nerviosa hipersimpática crónica es perjudicial para la salud. A veces la ira es objeto de sublimación o se expresa indirectamente con pasividad.

En ocasiones el nivel de hostilidad y de cinismo de una persona puede predecir la enfermedad del corazón mejor que su nivel general de conducta. La impaciencia y la ambición parecen ser menos dañinas que el enojo y la hostilidad constantes. La secreción de adrenalina y cortisolona de una persona hostil podría causar la rápida acumulación de grasa en las arterias. La ira reprimida no solo crea una carga emocional, sino que también produce estrés físico, y puede enfermarnos físicamente. Entre las expresiones comunes de ira crónica se encuentran severas jaquecas o erupciones en la piel, debilidad estomacal, palpitaciones cardíacas, dolores frecuentes y resfriados (Viamonte, 1993).

Además, Viamonte (1993) señala que las consecuencias de la colera son: fatiga, enrojecimiento, urticaria, acné, coquezo, producción elevada de grasa, dolores de cabeza, enfermedades estomacales (ulcera péptica, indigestión crónica), problemas del colon (diarreas o estreñimiento), resfriados, hipocondría, lenguaje corporal incomodo (apretar los dientes, morder los labios, apretar los puños, cambio de postura, arrugar la frente, temblor de dedos).

2. *ANXIEDAD*: consiste en una excesiva preocupación en un temor innecesario y exagerado. Cada persona debe preparar y conservar sus propias reservas filosóficas para recurrir a ellas en momentos de necesidad. El doctor Alexis Carrel, es F. en Viamonte (1993) opina que quienes mantienen el ritmo de su yo interior en medio del tumulto de la ciudad moderna, son inmunes a las enfermedades de los nervios. Se debe disciplinar la comprensión y evitar la ansiedad crónica, ya que estas pueden conducir a enfermedades psicósomáticas y producir adaptación grave.

3. *LIBERTELLO*: nadie debe sentir vergüenza a menos que sea cometiendo los mismos errores. Todo lo que hemos hecho, ya sea bueno o malo pertenece al pasado, y nada podemos hacer, más que aprender de él.

4. *APATIA*: los únicos que no se equivocan son quienes nada aprenden. Estos, por su propia ineptitud, están cometiendo el mayor desacierto de sus vidas, que es el de ser analfabetos. Debemos proceder en la vida con entusiasmo.

5. *ARTIFICIALIDAD*: la falta de naturalidad en la apariencia o la conducta es innecesaria. Hay personas que creen que no son atractivas física o socialmente y a menudo intentan transformar su apariencia mediante diversos artificios, expresiones afectadas y o conducta fingida. Estas actitudes de afectación son causadas por falta de confianza en sí mismo y escasa autoestima. Al usar el exceso de maquillaje o vestir de forma extravagante, se está utilizando una máscara que refleja una persona diferente a la que uno es en realidad.

Puesto que la belleza más esplendorosa surge de dentro, es un reto para cada uno de nosotros descubrirla en los demás y no descartar a nadie con base en un análisis externo y superficial. Una persona físicamente poco atractiva a menudo se vuelve fascinante cuando se revela su belleza interior (Viamonte, 1993).

Por último, Viamonte (1993) enfatiza que las actitudes apropiadas no son solo imprescindibles para la supervivencia, sino que también son esenciales para el éxito. Sugiere adaptarse rápidamente a las situaciones cambiantes. Intentar ser siempre asertivo y afectuoso. Mostrarse positivo y ser agradable en todo momento; evitar enojarse y si esto sucediera no permitir que sea por mucho tiempo.

CONCLUSIONES

El análisis anterior pone en relieve el elemento crucial del ser humano (LAVIÓ), lo cual es la esencia de diversas disciplinas y ciencias que el ser humano ha desarrollado, tales como la Filosofía, la Medicina, la Biología, la Tecnología, la Política y la Psicología, entre otras. Todas estas tienen como objetivo promover, preservar, alargar o hacer más cómoda la vida, estudiando como va en los individuos, por ejemplo, el grado de satisfacción en la salud, la vivienda, la familia, etcétera.

Sin embargo, en el transcurso de estos siglos se ha desviado la atención del ser humano hacia lo material. Por ello, Vicens (1995) señala que la sociedad moderna se define por el poseer, tener bienes materiales, tiempo, información, estatus, etcétera. La vida entonces, se considera como otra posesión por lo que su pérdida debe evitarse, ya que recuerda su fragilidad.

En base a esto, las relaciones sociales hoy día basadas en la estructura moderna industrial, son relaciones amarradas en formas de utilitarismo que acentúan en gran medida el aislamiento y la enfermedad. Dichas relaciones sociales se caracterizan por conductas como la utilización excesiva del coche, las contaminaciones auditivas y visuales de la publicidad, la aceleración de los ritmos biológicos y laborales, los ruidos, el hacinamiento y la falta de espacios libres (Vicens, 1995).

Temendose así que contrariamente a las apariencias de progreso en la medicina, el nivel de salud de la población en términos sociales no ha aumentado. Al respecto, Vicens (1995) plantea que en la actualidad las enfermedades se dan en el medio ambiente social, ecológico, psicológico y probablemente en la crisis antropológica del hombre moderno. El resultado final se manifiesta en enfermedades del corazón, tensión alta o depresión de la función inmunológica, que conduce a una mayor vulnerabilidad con respecto al cáncer y todo tipo de infecciones. Además, la enfermedad actúa esta tomando forma de psicopatología social, psíquica y convulsa que degrada en gran medida la vida diaria.

De igual forma, Vicens (1995) señala que la aceleración constante de las relaciones sociales es compulsiva y provoca el estrés, ya sea en el trabajo, en las actividades cívicas, incluido el ocio, o en las mismas relaciones personales. Las prisas y los urgencias, son manifestaciones cotidianas de la aceleración, conduciendo a vivir el tiempo de una manera cada vez más angustiante, generando así enfermedades en las arterias coronarias. Y en lo

social también tiene sus repercusiones en patologías sociales como el alcoholismo, la drogadicción, la violencia, las violaciones, los suicidios y el terrorismo, los cuales tienen una estrecha relación con la concepción de vida imperante y la convivencia colectiva.

Al respecto, la revista Integral n.º 56 de Mayo de 1984 (Vicens, 1995) indica que el estudio epidemiológico nos enseña que las principales causas de las enfermedades son sociales y para eliminarlas es preciso que los individuos se ajusten, se informen y se sometan a control colectivo su modo de vida. Por lo que mucha gente está convencida de que gozar de buena salud depende de como se vive y del conocimiento de sí mismo. En relación a esto, Ferguson (1980, en Vicens, 1995) argumenta que la salud holística considera que la enfermedad es una falta de armonía, de bienestar y el papel que juega en la curación la alteración de la conciencia puede que sea el descubrimiento más importante de la ciencia médica moderna. Asimismo, la salud pública implica convivencia y participación social, educación y bienestar, lo cual incluye a toda la población y sus patologías nos llevan a conocer la manera de pensar y de vivir de la sociedad moderna. Cambiar la orientación hacia la salud implica cambiar las actitudes ante la vida.

Se tiene así que con la aceleración que se padece en la vida moderna se experimenta solamente la cantidad y la acumulación, siendo estos sus valores predominantes. Por este mismo, Vicens (1995) considera que tiende a ser una cultura desequilibrada que manifiesta signos de neurosis y enfermedad. Deja de lado las cualidad de las cosas y las experiencias que otorgan calidad y sentido, ya se trate de relaciones, ambientes o percepciones internas. De esta manera, la aceleración tensa al organismo y reduce la percepción de la realidad. Esta se empequeñece y se atufa la cosmovisión, con la consiguiente pérdida de valor ético e interés humano.

Una de las consecuencias básicas de la vida acelerada centrada en los bienes materiales es la neurosis, la cual para Maslow (1983, en Vicens, 1995) se relaciona con alteraciones espirituales, la pérdida de significado o de la esperanza, la falta de armonía y alegría o la imprecisión acerca de los objetivos de la vida (de ahí la importancia que tiene el sentido de vida, el cual puede conocerse a partir de la reflexión sobre la muerte).

Por lo tanto, las actividades diarias que son básicas para el bienestar humano, como la relación con el medio, los tipos de trabajo, las relaciones humanas o el ocio, se ven consumidas y se considera al tiempo como una línea recta sobre la cual hay que correr

recuento más leprisa me lo. Sin embargo, el bienestar social no se mide por la cantidad tecnológica ni por las posesiones materiales, sino por la capacidad de gozar, cuya primera premisa es la salud.

La salud y enfermedad incluyen varios factores a la vez. Al respecto, Vicens (1995) señala la percepción del tiempo, la personalidad y el comportamiento, las actitudes y la visión del mundo circundante. Por ello, reconocer los diversos factores que intervienen en la formación de una enfermedad o en el establecimiento de la salud requiere de una apertura mental, la cual incluye el ser conscientes de los peligros, tanto para los ecosistemas como para las comunidades humanas, significa ser conscientes de que está en juego nuestra salud psíquica y orgánica, nuestro bienestar.

Lo anterior es de gran importancia, ya que la mayoría de las enfermedades actuales son psicósomáticas, es decir, están causadas por la forma de vida que se lleva. Al respecto, Maslow (1983, en Vicens, 1995) enfatiza que las personas autorrealizadas gozan de mejor salud.

Se tiene así que la calidad de vida y el nivel de salud de la sociedad moderna industrial son muy bajos especialmente al estructurarse las relaciones sociales en función de la utilidad monetaria. Por lo tanto, Vicens (1995) sugiere que hay que considerar a la calidad de vida no como el mayor consumo de bienes y servicios (esto es, el nivel de vida) sino la "apreciación" de la propia vida, la valoración de las relaciones humanas y estilos de vida creativos y percepciones más personales del tiempo, el territorio o el cuerpo. La calidad de vida implica un cierto nivel de vida, pero no se reduce a este concepto.

Los expertos han elevado el nivel de vida escondiendo la otra cara de la realidad social, la que se refiere a anomalías, costes económico sociales, neuras, conflictos sociales, entre otros. El nivel de vida se ha elevado a costa de la calidad, solo algunos sectores de la sociedad (pertenecientes a la clase dirigente) han podido disfrutar del nivel de vida y calidad a la vez en algunos bienes y servicios, pero, en general, para el conjunto de la sociedad, la calidad de vida se ha reducido (Vicens, 1995).

Un ejemplo de esto lo ilustra Castellanos (1997) señalando que en un desfile del 5 de Mayo de 1997 en la Cd. De México, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público reconoció que la crisis económica del país en 1994 afectó la calidad de vida de la población, al caer el poder adquisitivo y perderse un gran número de empleos. Asimismo,

en 1991. De Mayo, en un libro publicado en 1997, "Intersección de" trabajo, el periódico "La Jornada" publica que nuestros "campesinos, obreros y jornaleros en general, exigen mejores condiciones de vida y aumento salarial para la clase trabajadora (no obstante, en la actualidad estas demandas aún están presentes)".

De igual forma, Vicens (1995) argumenta que la calidad es una de las exigencias más manifiestas de la juventud de países desarrollados que sitúan el nivel de vida como una meta. Para la población de los países no desarrollados el nivel de vida significa ver desaparecer tradiciones y economías de subsistencia que impregnaban sus formas de vida.

Lo anterior denota que los conceptos de nivel de vida y calidad de vida están íntimamente relacionados, lo cual propicia su confusión, aunque lo que en verdad resulta en la salud y en la vida es la calidad de vida. Por tanto, para Vicens (1995) la ética ecológica y humana reclama una vuelta al orden natural, en cuanto a respetar y desarrollar la diversidad de los ecosistemas, y una vuelta al orden humano plural, en cuanto a respetar la diversidad cultural y la interdependencia voluntaria y valorar la necesidad de mantener y cualificar la calidad de vida.

Para cualificar la calidad de vida hay que tomar en cuanto los elementos centrales de esta como son la felicidad y el goce de la vida.

Para Yutang (1990) el goce de la vida cubre muchas cosas: gozar de nosotros mismos, de la vida hogareña, de los árboles, las flores, los ríos, la poesía, la contemplación, la amistad, la conversación, la lectura, etcétera. Por ello, el objetivo de vivir es gozar verdaderamente la vida, el cual no es tanto un propósito consciente como un actitud natural ante la vida. La cuestión que afrontan todos los individuos no es la de cuál debe ser su propósito, sino que hacer con la vida, una vida que se les da por un periodo. La respuesta de que debe ordenar su vida de manera de poder encontrar la mayor felicidad en ella es una cuestión práctica, más bien, para poder conocer que hacer con la vida debe contestarse en dos áreas: 1) la de un propósito divino y 2) de los propios conceptos y valores de cada persona, enfocados ambos en la obtención de la felicidad.

Sin embargo, para Vicens (1995) la felicidad a menudo es considerada negativa, es decir, se le reconoce como la ausencia de pesares, mortificaciones o dolores físicos. No obstante, la felicidad también puede ser positiva y cuando esto sucede se llama alegría. Aunque es muy probable que nuestra pérdida de la capacidad para el goce de los momentos

posibilidades de la vida se debe sobre todo a la disminución de sensibilidad de nuestros sentidos, y a que no los utilizamos en forma completa. Por ello, a medida que envejecemos se entorpecen gradualmente nuestros sentidos, se hacen más duras nuestras emociones ante el sufrimiento, la injusticia y la crueldad y nuestra visión de la vida se tuerce por la excesiva preocupación debida a realidades trías y triviales.

Por ello, Vickers (1995) resalta que debemos tener cuidado, ya que es un mundo en el que tenemos conocimiento sin comprensión, crítica sin apreciación, belleza sin amor, verdad sin pasión, rectitud sin misericordia y cortesía sin firmeza en el corazón.

Se resalta así la importancia del estilo de vida, el cual puede ser considerado como llevar una vida completamente feliz de tipo no adquisitivo. Al respecto, Hegel (en Delgado, 1998) comenta "la felicidad es encontrarse a sí mismo en el SER".

Esto pone en tela de juicio una paradoja, la importancia y diferencia entre tener una vida y estar vivo. Para Sadaba (1991) tener una vida es suponer que un individuo que trata de realizar conscientemente sus deseos. Dicho individuo será capaz de establecer toda una serie de relaciones consigo mismo y con los demás. Por otro lado, estar vivo consiste en estar en algún modo de vida.

Sin embargo, el poder tomar en cuenta ambas concepciones es algo muy difícil que frecuentemente se lleva a cabo hasta que se nos presenta un acontecimiento drástico como un terremoto, un huracán o la muerte misma. Por ello, Mack (s.f. en Vilamonte, 1993) plantea que muchos de nosotros tenemos que enfrentarnos al dolor o a la infirmitad e incluso a la posibilidad de la muerte, para conocer el propósito real de la existencia y saber disfrutar de la vida. Para lograrlo se necesita paz y libertad.

Por ello, en el presente trabajo se muestra que para poder entender el sentido de la vida se tiene que analizar primero el concepto de muerte para conocer el valor de nuestra vida, el cual ha sido analizado por diversas culturas, religiones y en diferentes tiempos, por ejemplo por los egipcios, los aztecas, los griegos y en épocas como la Edad Media, la época Colonial, entre otras. Al respecto, la relación entre la muerte y el sentido de vida se ve representado en un cuento de Delgado (1998):

"Érase una vez un hombre de barro que a lo largo de toda su existencia se había preguntado sobre sí mismo. Había analizado los componentes de su cuerpo, encerrando formado de tierra y agua y se dijo: 'SOY MATHILDA', mas cuando al reflexionar sobre sus

ideas y pensamientos descritos que una persona que muere cree en sí, dice: "¡VIVIMOS, VIVIMOS, VIVIMOS!", pero luego dentro de un momento cae y muere, entonces ella y otros se preguntan por los otros y se encuentran a ellos. Al llegar a esta etapa fue capaz de preguntarse por el ser y entonces despertó y se dijo: "¡X, NO!, SOMOS UNO, ¡MORIR! ¡MORIR!". Aquel día el nombre de barro se transformó en universal" (p. 87).

Por lo tanto, el presente trabajo destaca la importancia de los elementos que influyen tanto en la vida como en la muerte para propiciar una toma de conciencia respecto al vivir humano, es decir, una reflexión profunda sobre la vida, mi vida, tu vida, la vida en general, sobre como se ha perdido el objetivo primordial de todo ser humano: el goce de la vida, la felicidad, la risa, el amor, el ser, el afecto, la convivencia, la salud, la familia, etcétera.

La relación a esto Camilla Paris (2001) plantea que hay que cuidar la calidad de vida, que consiste en dedicar 8 horas a un trabajo gratificante, las mismas para dormir e igual cantidad para disfrutar de todo lo que la vida nos ofrece: los placeres, la familia, los amigos, el amor y el ocio.

Lo anterior implica detenerse un momento, mirar alrededor y darse cuenta de todo lo que tenemos (no en el sentido material) y de lo que somos. Sin embargo, no se trata de despojarse de lo material, ni de que los ricos regalen sus bienes y dejen de serlo, sino lo que se plantea es realizar un cambio de perspectiva y ver las cosas materiales como un medio para obtener un fin y no un fin en sí mismo, por ejemplo el poseer un coche último modelo puede ser un medio para ahorrar costos en reparación y para disfrutar un paseo con la familia.

De esta manera se destaca que la vida lo es todo y ante la muerte nada se puede hacer, por ello hay que tener presente (en sentido textual) que **VIVIMOS DE LA MUERTE**, porque de ella surgimos y porque necesitamos de la muerte de un animal o un fruto para poder vivir, **VIVIMOS CON LA MUERTE**, porque a cada paso se nos presenta a escuchar una noticia sobre asesinatos, suicidios o al enterarnos de la muerte de un ser querido, y por último **VIVIMOS PARA LA MUERTE**, puesto que lo único que es universal, cierto e irrevocable es que todos somos mortales.

Por ello, al presentarse la fragilidad de la vida, no existe otro objeto que puede valer su importancia mediante la valoración individual que implica reconocer quienes

son, así como debemos hacer todo lo que tenemos para poder alcanzar la felicidad propia y de los que nos rodean. Es decir, hay que vivir e irgui el alma con intensidad y fervor y ser, hacer, amar y expresar todo el amor y gratitud hacia la vida misma antes de que la muerte nos alcance.

Finalmente, el objetivo de esta tesis se ve representado en la siguiente historia descrita por Barba (1988):

"Un día un hombre que poco a poco agonizaba, mando llamar a toda su familia para despedirse y darles las últimas indicaciones. Entre las muchas cosas que dijo, la que más les impresionó fue:

Cuando era niño, mis padres eran tan pobres que tuve que ayudarlos con mi trabajo. Cada día de mi infancia trabajé, por lo que se puede decir que no disfruté mi niñez.

Cuando era joven enferme de tisis, fueron largos y dolorosos los tratamientos que me ayudaron a salir a delante. Tampoco disfruté mi juventud.

De niño me preocupaban demasiado mis hijos y nietos, mi mujer, mi edad, la muerte... y ahora que estoy aquí, agonizando, me doy cuenta de todo el tiempo que desperdié quedándome y sufriendo con cada cosa que me ocurría, si tan solo tuviera media hora más de vida, la vivría hilado agradeciendo al creador el instante que me ha concedido para disfrutar mis últimos momentos sin quejas, sin amargura, viendo a mi familia y compartiendo con ellos lo que me pasa, muriendo feliz porque les deje un aprendizaje."

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aeeves, L. (1994) Para una revision de la idea de muerte a partir de Borges. En Prometeo, No. 6, Verano, México. Universidad Iberoamericana.
2. Aizpuru, A. (1994) Confrontando la finitud humana. Psicoterapia con pacientes terminales. En Prometeo, Num. 6, Verano, México. Universidad Iberoamericana.
3. Alonso, M; Gallego, D. Y Honey, P. (1997) Recursos e instrumentos psicoterapeuticos Los estilos de aprendizaje, procedimientos de diagnostico y mejora. España. Mensajero.
4. Bowling, A. (1994) La medida de la salud. Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida. España. Masson.
5. Cabrera, M. J. E. (2001) Calidad de vida en mujeres obesas y anoréxicas. Tesis para obtener el titulo de Lic. En Psicología. México. UNAM. FES Iztacala.
6. Cabrera, R. S. (2001) La calidad de vida de adolescentes consumidores de cocaína. Tesis para obtener el titulo de Lic. en psicología. México. UNAM. FES Iztacala.
7. Cardoso, L. (2000) Aumentan males cardíacos en capitalinos. En El Univgrsal. México. Junio 15.
8. Carrasco, A. (1997) ¿Existe la felicidad? En Infomédica. Año 8. Num. 39. México.
9. Cigoli, V. y Binda, N. (1993) La salud y la familia. En Salud Mundial. Año 46. No. 6. P. 6-7.
10. Costa, M. Y López, F. (1996) Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. España. Piramide.
11. Davidson, P. y Davidson, S. (1980) Behavioral Medicine, Changing Health Lifestyles. New York. Brunner/Mazel.
12. Delgado, P. (1998) Construcción de actitudes y creencias sobre la muerte en pacientes terminales. Tesis de Lic. en Psicología. México. UNAM. FENP Iztacala.
13. Domit, M. (1993) Ser, Hacer y Tener. ¡Atrevete a cambiar tu vida hoy!. Mexico. Diana.
14. Fernández, (1994) Manual de psicología preventiva. Teoría y práctica. España. Siglo XXI.
15. Ferrater, J. (1965) Being and Death. An outline of integrationist philosophy. Berkeley and Los Angeles. University of California Press.
16. Fromm, E. (1962) Miedo a la libertad. Buenos Aires. Paidós.
17. García- Pelayo, R. (1985) Enciclopedia Metodica Larrousse en color. México.

- Larrousse Tomo 4
18. Garibay, A. (1986) Mitología griega. Dioses y Heros. Mexico. Porrúa
 19. Guevara, R. y Martínez, G. (1997) Apoyo psicológico a los familiares de enfermos terminales. La reconceptualización del duelo. Tesis de Lic. en psicología. Mexico. UNAM. ENEP Iztacala
 20. Herés, I. (1994) Separación, muerte, desprendimiento. En Prometeo. Num. 6 Verano Mexico. Universidad Iberoamericana
 21. Herrasti, P. (1996) El cristiano ante la muerte. México. Sociedad E.U.C. Folleto 633. 2da. Ed
 22. La Vaca Independiente (2001) La risa. En Escala. Mexico. Aeroméxico
 23. Latorre, J. y Benit, P. (1994) Psicología de la salud. Argentina. Lumen
 24. Meyer, J. (1983) Angustia y conciliación de la muerte en nuestro tiempo. Barcelona Herder.
 25. Michel, G. (1992) Aprende a aprender. Guía de autoeducación. México. Trillas
 26. Moreno, S. (1994) La muerte ¿mi muerte o tu muerte? En Prometeo. Num. 6 Verano México. Universidad Iberoamericana.
 27. Moragas, R. (1991) Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida. Barcelona. Herder.
 28. Murray, G. (1999) Una sociedad envejecida. En Medico Moderno. Año 37. No. 10 México
 29. Neimeyer, A. (1997) Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte. España. Piados
 30. Nieto, E. (1994) Sobre la muerte. En Prometeo. Num.6 Verano. Mexico. Universidad Iberoamericana.
 31. Nussbaum, M. y Sen, A. (1993) The quality of life. Wider studies in development economics. Gran Bretaña. Clarendon Paperbacks
 32. Omar, A. (1995) Stress y Coping. Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico. Argentina. Lumen
 33. Ortiz, Q. (1997) Memorias de la muerte. Mexico. Nueva Imagen
 34. París, C. (2001) Vivir sin nervios. En Escala. México. Aeroméxico
 35. Parrao, I. (1988) Quiero el divorcio. Mexico. Libra

36. Pereda, R. (1988) Importancia de la prevención y tratamiento de los efectos psicológicos que surgen en pacientes en relación a la muerte, una alternativa para un mejor enfrentamiento. Tesis de Lic. en psicología. México. UNAM. ENEP Iztacala
37. Pérez, G. (1995) La muerte en la familia, el caso del enfermo terminal. Alternativas de intervención terapéutica. Tesis de Lic. en psicología. México. UNAM. ENEP Iztacala
38. Ponce, J. (1994) Estres y afrontamiento. La Habana. Academia.
39. Quintanar, F. (1994) La conocida imagen de la muerte. Problemas conceptuales en su estudio psicológico. En Prometeo. Num. 6. Verano. México. Universidad Iberoamericana
40. Quintanilla, L. (1997) Desde el gobierno: promover la salud mental. En Prometeo Num.13. México. Universidad Iberoamericana
41. Ramírez, G. (1998) Propuesta de un modelo de calidad de vida: las apreciaciones subjetivas del bienestar psicosocial de las amas de casa. Reporte de investigación de Lic. En psicología. México. UNAM. ENEP Iztacala.
42. Reyes, A. (1994) La muerte desde el punto de vista tanatológico. En Prometeo. Num.6. Verano. México. Universidad Iberoamericana.
43. Riojas, R. (1999) Modelo psicoterapéutico de corte psicoanalítico, para el manejo de la angustia generada ante el proceso de morir. Tesis de Doctorado en Psicoterapia Psicoanalítica. México. Universidad Intercontinental
44. Rodríguez, J. (1995) Psicología de la salud. México. Síntesis psicológica
45. Ruiz, J. (1984) Estilos de vida. Investigación social. España. Biblioteca Fomento Social.
46. Sádaba, J. (1991) Saber Morir. España. Libertarias Prodhufi.
47. Saldanha, E. (1993) Terapia vivencial. Un abordaje existencial en psicoterapia. Argentina. Lumen
48. Sanabria, J. (1994) ¿Qué significa para el hombre saberse mortal? En Prometeo. Num. 6. Verano. México. Universidad Iberoamericana.
49. Schluter, H.(1994) How we die de Sherwin B. Nuland. En Prometeo. Num.6 Verano. México. Universidad Iberoamericana
50. Sierr, L. (1992) Agonía, muerte y duelo. México. Manual Moderno.
51. Thomas, L. (1991) La muerte. España. Paidós
52. Torres, L. Y Beltrán, F. (1986) La psicología de la salud. campos y aplicaciones.

México. Centro de Estudios Psicológicos. Universidad Veracruzana.

53. Viamonte, M. (1993) Al encuentro de la salud, felicidad y longevidad. México. Trillas
54. Vicens, J. (1995) El valor de la salud. Una reflexión sociológica sobre la calidad de vida. España. Siglo XXI
55. Villalobos, (1997) Sensibilidad al temor a la muerte en adolescentes. Tesis de Lic. en psicología. México. UNAM, ENEP Iztacala.
56. Westheime, P. (1985) La calavera. Lecturas mexicanas. México. Fondo de Cultura Económica
57. Yutang, I. (1990) La importancia de vivir. México. Sudamericana S.A
58. Ziegler, (1976) Los vivos y la muerte. México. Siglo XXI

