

31921
73



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

EL ANCIANO FRENTE A LA MUERTE: PROPUESTA DE INTERVENCION PSICOLOGICA BASADA EN LA TERAPIA RACIONAL - EMOTIVA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTA:

NELLY BEATRIZ GUERRA RANGEL

ASESORES: LIC. JUANA OLVERA MENDEZ
DRA. MARISELA ROCIO SORIA TRUJANO
LIC. MARIA OLGA MEJIA ANZURES



IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO

ENERO 2003

A

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



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 mis papás:

Mi má: Nelly Rangel y mi pá: Sergio Guerra

Gracias por el regalo más maravilloso que puede existir en el mundo: *la vida*. Todo lo que soy y lo que logrado es por ustedes dos: no hubiera llegado hasta aquí sin ustedes. Los admiro con todo mi ser, son mi ejemplo a seguir y mi inspiración todos los días. Gracias por ser mis amigos, por todo su apoyo, su guía, su cariño, su comprensión y consuelo.

Los amo.

A mi hermanita:

Querida Olich: bien sabes cuánto te adoro, cuán hermoso ha sido crecer a tu lado y compartir toda nuestra vida juntas. Eres la niña más linda del mundo, siempre me enseñas algo nuevo ¡te admiro tanto!. Eres mi amiga, mi consejera y compañera.

Gracias por toda esa luz de alegría que das a mi vida.

A mis abuelitos:

Abuelita Carmelita: gracias por permitirme conocer más de ti, por enseñarme tanto y por ser la inspiración de este trabajo. Abuelita Beatriz, Abuelitos José y Enrique: Gracias por ser la base de familias tan bonitas y por todo el amor y cariño que me brindaron en vida.

Los amo a todos.

A mi familia:

Gracias a todos mis tíos y tías por estar siempre al pendiente de todos, por apoyarnos y cuidarnos. Gracias a mis primos y mis primas por todos los juegos, los paseos, las pláticas, las risas y las lágrimas que tenemos desde chiquitos ¡son lo máximo!

Los quiero muchísimo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A las +ko-taz:

Jocelyn, Irene, Jassibe, Dinorah, Ingrid, Mitzy y Sarah

Gracias por ser mis mejores amigas, por todo lo que hemos compartido desde la secu... ¡y todo lo que nos falta!... es bueno saber que siempre podremos contar las unas con las otras.

A Desiree:

Porque a pesar de la distancia, nuestra amistad no ha cambiado desde 1º de secundaria...

Por que eres como mi otra hermana... te quiero mucho amiga.

A Carlos, mi artista favorito:

... por todo lo que eres y me inspiras, por todo lo que haces, sientes, piensas y me haces sentir... por los ... las , y los ¡!¿?... por todo lo dicho, lo entredicho y lo no dicho... porque siempre me haces sonreír... Gracias por ser, estar y escribir...

A Yair:

Por los sueños y toda la magia que me transmites. Por tu hermosa compañía durante la carrera, por todo tu apoyo, la imaginación, la nobleza y dulzura de tu ser.

Gracias por ser mi amigo y permitirme ser tu amiga.

A Omar:

Por todo lo que aprendimos y vivimos juntos durante estos años... por la revolución que hiciste en mi vida... por todo lo que significas para mí... por todo lo que valoro de ti y tú desconoces... por la amistad y el cariño que sé que sobrevivirán después de la tormenta.

A Paco, Jair y Daniel:

Porque más que mis compañeros de trabajo, son mis amigos... Gracias por todo lo que me han enseñado y sobre todo, por el amor, la pasión y entrega que compartimos por esto que venimos haciendo desde hace 12 años

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

c

Al CUDEC y mis alumnos de TM:

Por permitirme crecer como persona, por enseñarme tanto, por motivarme a ser mejor cada día, por ser mi refugio, por creer y confiar en mí... Gracias por toda la vida, alegría, emoción, pasión y energía que me transmiten. Los quiero a todos.

A todos mis amigos:

Toño, Marco, Elena, Camila, Carmen M., David Hdz., Daniel V., Roberto, Erika, Carmen, Edis, David Mtz., Las Jo', Ernesto, Daniel Luna, Ángel, Itzel, Norman, Félix, Iturria, Joel, Jose Luis, Ricardo, los "Trejo", Bety, De la Vega, Laura, Lupita, Tere, Luis Lerdo y todos aquellos que me han permitido conocer lo maravillosos que son, que han marcado mi vida, que me han enseñado tanto...

Gracias por su apoyo, su cariño y existencia.

Gracias a Dios por permitirme despertar cada día, por estar a mi lado en todo momento, por no dejarme caer, por abrirme las puertas, por alejarme de las inadecuadas, por demostrarme que todo pasa por algo y que todo sea para bien.

Gracias a la VIDA por todas las cosas bellas que me pone enfrente.

Gracias a la MUERTE por demostrarme lo bella que es la vida.

"La vejez y la muerte no son simplemente el término de algo, sino que son como el último capítulo de un libro sin el cuál la obra no estaría completa".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A la UNAM y la Facultad de Estudios Superiores Iztacala:

Por acogerme en la mejor Universidad que hay. Por permitirme desarrollar como estudiante, por darme las herramientas para seguir adelante y principalmente por permitirme conocer gente muy especial que me ha ayudado a crecer como persona.

A Juanita:

Ante todo gracias por confiar en mí, por todas tus palabras de aliento, por tus comentarios y observaciones, por tu apoyo, asesoría, y paciencia, pero principalmente: gracias por dedicar un tiempo de tu vida para este trabajo y para mí.

A Rocío:

Gracias por todo el apoyo en la revisión de este trabajo por su tiempo y por creer en mí.

A Olga:

Gracias por toda su atención, comprensión y apoyo durante la revisión de mi tesis.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO 1. Concepción de la muerte a través de la historia de la humanidad	12
1.1. La muerte en el hombre primitivo	12
1.2. La muerte en las primeras civilizaciones	15
1.2.1. La muerte en el Antiguo Egipto	15
1.2.2. La muerte en la India	18
1.2.3. La muerte en la Antigua China	19
1.2.4. La muerte en Japón	20
1.2.5. La muerte en la Antigua Grecia	21
1.2.6. La muerte en Roma	23
1.2.7. La muerte en Persia	25
1.3. La muerte en la Edad Media	27
1.3.1. Muerte familiar o domada	27
1.3.2. Muerte propia	29
1.4. La muerte en el Renacimiento: muerte ajena	30
1.5. La muerte en la Edad Moderna	32
1.5.1. Los avances de la tecnología	33
1.5.2. El papel de la medicina	35
1.5.3. La muerte en la sociedad occidental actual	35
1.5.4. La muerte en el lenguaje	36
1.5.5. La muerte prohibida	37
CAPÍTULO 2. Concepción de la muerte en México	39
2.1. Cosmovisión del hombre mesoamericano	39
2.2. La muerte en el México Antiguo	40

- 2.2.1. La muerte entre los aztecas 41
- 2.2.2. La muerte para los mayas 46
- 2.2.3. La muerte entre los tarascos 50
- 2.2.4. La muerte para otras culturas prehispánicas 51
- 2.3. La muerte en la Época de la Colonia 55
 - 2.3.1. La concepción de la muerte en Europa y España 55
 - 2.3.2. La muerte en la Nueva España 57
- 2.4. La muerte en el México Independiente 60
- 2.5. La muerte en la Época Porfiriana 61
- 2.6. La muerte durante la Revolución Mexicana 62
- 2.7. La muerte en la Era Moderna 64
 - 2.7.1. La concepción actual sobre la muerte 64
 - 2.7.2. El día de muertos 66
 - 2.7.3. Representaciones de la muerte en el arte mexicano 69
 - 2.7.4. Costumbres en torno a la muerte 74
 - 2.7.5. Actitud del mexicano ante la muerte 75
- CAPÍTULO 3. Generalidades sobre la muerte 78**
 - 3.1. Definiciones de muerte 78
 - 3.2. Criterios que definen la muerte 79
 - 3.3. La muerte como un proceso 79
 - 3.4. Tipos de muerte 80
 - 3.5. Signos de tanatomorfosis 82
- CAPÍTULO 4. La vejez y la muerte 84**
 - 4.1. Definición de vejez 85
 - 4.2. Aspectos biológicos de la vejez 89
 - 4.2.1. Cambios en las estructuras y la apariencia del cuerpo 91
 - 4.2.2. Cambios en las funciones sensoriales 94
 - 4.2.3. Cambios en las capacidades físicas 96
 - 4.2.4. La enfermedad física 97

4.2.5. El bienestar físico	100
4.3. Aspectos sociales de la vejez	107
4.3.1. Evolución de las relaciones familiares	109
4.3.2. Las relaciones con los demás	115
4.3.3. El trabajo y la jubilación	123
4.4. Aspectos psicológicos de la vejez	127
4.4.1. Inteligencia	128
4.4.2. Memoria	130
4.4.3. Aprendizaje	131
4.4.4. Razonamiento y solución de problemas	133
4.4.5. Personalidad	134
4.4.6. Motivación, emociones y sentimientos	137
4.4.7. Salud y enfermedad psicológica	139
4.5. El anciano frente a la muerte	144
4.5.1. Reacciones psicológicas ante la muerte	145
4.5.2. Miedo y angustia ante la muerte	146
4.5.3. Negación y rechazo de la muerte	151
4.5.4. Etapas del proceso de aceptación de la muerte	152
4.5.5. Muerte digna	153
4.5.6. Ritos en torno a la muerte	154
CAPÍTULO 5. Terapia Racional-Emotiva (TRE)	159
5.1. Historia e influencias de la Terapia Racional-Emotiva	159
5.2. Teoría de la TRE	163
5.3. El A-B-C de la Terapia Racional-Emotiva	170
5.4. Metodología de la TRE	173
5.4.1. Reconocimiento de las Creencias Irracionales	174
5.4.2. Discusión de las Creencias Irracionales (D)	175
5.4.3. Un nuevo Efecto o filosofía (E)	179
5.5. Principales Técnicas de tratamiento en la TRE	181
5.6. Práctica individual de la TRE	188

5.7. Características y estilo del terapeuta racional-emotivo 195

5.8. Interpretación de la TRE 197

CAPÍTULO 6. Propuesta de Intervención 200

6.1. Objetivos de la propuesta 201

6.2. Objetivo específico 1: Uso de la TRE para ayudar al anciano a afrontar
la muerte 202

6.2.1. Metodología a seguir.....206

6.2.2. Más allá de la TRE: “Preparándose para la muerte” 220

6.2.3. Características del psicólogo 223

6.2.4. Limitaciones de la TRE 224

6.3. Objetivo específico 2: Atención psicológica al anciano dentro de las
Instituciones de Salud 225

6.3.1. Metodología 228

6.3.2. Recursos 234

CONCLUSIONES 237

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 246

ANEXOS

RESUMEN

La presente tesis surgió de la inquietud personal que tenía sobre lo que me parecía una doble problemática social referente a la forma en que las personas mayores enfrentan su propia muerte. En primera por el tipo de concepción que se tiene sobre la muerte, y en segunda por lo vulnerable que resulta el sector de la población anciana. Ambos: vejez y muerte, no tienen cabida en una sociedad cuyos valores se fundamentan en la productividad, la renovación, la modernidad, el éxito, lo material y las apariencias. Ambos, vejez y muerte tienden a ser rechazados, negados, ocultados, eliminados e ignorados por considerárseles como un fallo y un fracaso de la naturaleza, de la ciencia y de la sociedad. De esta manera, la muerte aparece como algo "terrible" que genera perturbaciones emocionales fuertes como incertidumbre, culpa, miedo, ansiedad, angustia y depresión. Sin embargo, encontramos que el mayor "problema" al enfrentarnos a la muerte, no está en la muerte en sí, sino en todo aquello que pensamos, sentimos y creemos sobre ella, es decir, la concepción que tenemos al respecto. Ahora bien, esa concepción de muerte no sólo genera perturbaciones emocionales en las personas, sino que también influye en su forma de vivir y la manera de dejar este mundo. Así que, dada la necesidad de desarrollar una forma de atención al alcance del anciano que de manera profesional, práctica, sencilla, objetiva y didáctica, le ayude con sus perturbaciones emocionales con respecto a la muerte, el objetivo de la presente tesis fue: realizar una revisión teórica sobre el concepto de muerte a través de la historia de la humanidad y de las características bio-psico-sociales de la población anciana, para crear una propuesta de intervención psicológica que ayude al anciano a afrontar y "preparar" su muerte de la mejor forma posible. A partir de lo anterior, se desarrolló una propuesta de intervención en la que se propone el uso de la Terapia Racional-Emotiva para cambiar la concepción irracional actual de muerte por otra más racional, que le permita disminuir sus perturbaciones emocionales y "preparar" su muerte para vivir y morir de la mejor forma posible. Así mismo se plantearon las bases para instaurar un Área de afrontamiento a la muerte en ancianos en las Instituciones de Salud Pública para estar más al alcance de este sector de la población y promover y fomentar una concepción más racional de muerte.

INTRODUCCIÓN

*"El ser humano es temporal. Es un ser que se extingue.
Tiene un determinado recorrido. No dura para siempre"*

Sádaba

Todos los seres humanos vamos a morir, es de lo único que podemos estar completamente seguros en la vida. Sin embargo, no sabemos ni dónde, ni cómo, ni cuándo, será el instante en que demos nuestro último respiro. A la certidumbre del hecho, nos invade la incertidumbre de su forma, sus causas y momento específico.

La muerte es un fenómeno natural e inherente a los seres vivos, constituye parte del ciclo de la vida y permite mantener un equilibrio entre especies y con la naturaleza (Thomas, 1991). Vida y muerte son complementarias, una lleva a la otra, ambas son algo natural y sin embargo la forma en que las percibimos y las emociones que nos hacen sentir cada una, son completamente distintas.

Para la mayoría de las personas, la VIDA es la más grande fortuna que el hombre es capaz de recibir y generar. El tener la oportunidad de vivir, resulta el regalo más preciado de los que amamos estar en este mundo y disfrutamos de los pequeños detalles que nos permite experimentar nuestra existencia.

Por otro lado, para gran parte de las personas (especialmente las que aman vivir), la MUERTE resulta algo *terrible* de la naturaleza y existencia humana. Genera toda una serie de sentimientos y emociones que van desde dolor, tristeza, inquietud, desilusión y disgusto, hasta desesperación, miedo, angustia, depresión, culpa y vergüenza (Kastenbaum, 1980; Mishara y Riedel, 1986; Moragas, 1991 y Kalish, 1996). Todas ellas suelen ser muy difíciles de eliminar porque no sólo perturban el estado de ánimo, sino también el comportamiento diario y la forma de enfrentarse a la vida.

Pero, ¿de dónde surgen todos estos sentimientos tan negativos con respecto a la muerte? Si la muerte simplemente es un hecho natural, carente de intención, pretensión y valoración especial ¿por qué provoca tanto daño en las personas?. La respuesta es la

siguiente: el "problema" de la muerte, no está en ella, sino en la forma en que las personas la conciben o piensan de ella (Hinton, 1976; Elías, 1989 y Sádaba, 1991).

La muerte no siempre ha sido vista como la vemos ahora. Siempre ha causado cierto respeto, admiración, temor e incertidumbre. Pero el sentido que se le ha dado y la forma de afrontarla se ha ido modificando a través de la historia de la humanidad (Aries, citado en Alizade, 1996).

Resulta sumamente importante conocer esa concepción que tiene la gente sobre la muerte, porque en función de ello, está la forma en que viven y hacen frente a su vida. Quienes consideran que la muerte es algo desastroso, sentirán tanto mal que no serán capaces de vivir completamente felices; por el contrario, quienes consideren que la muerte es simplemente un hecho natural, tendrán más posibilidades de vivir y morir de una mejor forma.

El ayudar a las personas a cambiar su concepción negativa de la muerte, no sólo les hará sentir mejor, sino que también les ayudará vivir más felices y a dejar este mundo de manera más digna y plena.

Decíamos que la muerte es para todos, no discrimina raza, origen, estado civil, posición social, capacidades intelectuales, facilidades artísticas, sexo, edad, ni nada de nada. Todos moriremos. No obstante, el "problema"¹ de la muerte afecta de diferente manera y grado, dependiendo principalmente de lo cerca que se esté de ella.

Las personas que se sienten más afectadas por la cercanía de la muerte, suelen ser los enfermos terminales, las personas que han tenido un accidente de gravedad, los que viven de cerca la muerte de un ser querido, aquellos que por alguna circunstancia en particular tuvieron o tienen algún contacto con ella y las personas mayores de edad. Dependiendo de la situación especial de cada uno, es la forma en que conciben la muerte, los sentimientos que le generan, la forma de enfrentarla y la manera de vivir su vida (Kalish, 1996 y Blanck, 1999).

De entre todos ellos, un grupo que me parece especialmente vulnerable ante dicha problemática es el de los ancianos. Ellos no necesariamente tienen que estar sufriendo de algún padecimiento físico para darse cuenta que se están muriendo, que es poco el tiempo

¹ "Problema" en cuanto a los sentimientos negativos que genera y por ende la dificultad de vivir y morir de forma plena.

que les queda de vida y que no hay nada en este mundo que se pueda hacer para evitarlo. El desgaste de su cuerpo, de sus capacidades intelectuales y su forma de sentir son clara evidencia de ello. A diferencia del enfermo terminal o de quien morirá pronto a causa de un accidente, la incertidumbre de la muerte y todos los sentimientos negativos que le acompañan, pueden durar años en el anciano y ser muy desastrosos para su persona y su existencia si no se le trata de manera pertinente.

Algunas personas pueden hacer frente a esta problemática de manera independiente sin ningún tipo de ayuda. Sin embargo, también hay quienes requieren de un apoyo especial para poderla sobrellevar de mejor forma. Lo ideal es que existieran instancias al alcance de los ancianos que pudieran ayudarles a disminuir sus perturbaciones emocionales para vivir más contentos y prepararse para sus últimos días de vida.

Desafortunadamente en la actualidad, el valor de las personas se define en gran medida en función de su productividad. Por ello, cualquier tipo de apoyo que un Estado ofrezca a su población, se enfoca principalmente en los sectores más jóvenes, aquellos que de alguna manera aseguran que la inversión que se realice será rentable. Los jóvenes son la mano de obra que debe cuidarse para el futuro y la sociedad se aparta de las personas no productivas. De esta manera, los ancianos, excluidos de las fuerzas de trabajo, se sienten y son considerados como estorbos inútiles e indeseables a los que ya no vale la pena ofrecer algún tipo de ayuda (Rage, 1997).

Aunado a esto, encontramos que la concepción predominante sobre la muerte en la actualidad, la considera como algo *terrible*, un castigo, un fallo, un error difícil de soportar; por lo que existe una tendencia a negar y rechazar todo aquello que la recuerde (Blanck y Cerejido, 1997). Desafortunadamente para los ancianos, ellos mismos son para la sociedad un reflejo de su propia muerte, y por ello se les aísla y rechaza, negándoles la atención que muchas veces pueden necesitar.

Todo esto me parece una actitud bastante negativa, destructiva, egoísta y contraproducente, porque ninguna persona merece ser abandonada a su suerte cuando existen las posibilidades reales de ayudarla. Los ancianos, por el simple hecho de ser viejos no deben de ser eliminados de nuestra sociedad en ningún momento, todavía son seres vivos y hay que respetárseles y tratarles como lo que son: seres humanos, y brindarles las mismas oportunidades de atención que se les puede dar a otros más jóvenes. Los ancianos,

son fuente de conocimientos y experiencias de los que podemos aprender muchísimo. Y no dudo al afirmar que bien pueden servirnos de ejemplo. Son parte de nuestra sociedad y es nuestro deber el reconocer y darles el lugar que merecen en ella.

Por otro lado hay que considerar que si corremos con suerte, podremos vivir muchos años y en algún momento también seremos viejos. El generar desde ahora estrategias de intervención que permitan ayudar a los ancianos a afrontar su muerte, es generar espacios de atención para los ancianos del mañana, entre los cuáles esperamos poder estar todos.

De esta manera, no sólo ayudaríamos con el "problema" de la muerte de forma individual, sino también a nivel de población (anciana) y de sociedad (mexicana). Si generamos un cambio en la concepción negativa de la muerte en los ancianos, estos servirán de ejemplo a los que les sobreviven y así se podrá ir generando y promoviendo una nueva concepción más optimista sobre la muerte; que conforme se vaya fomentando en las nuevas generaciones, paulatinamente se sufrirá menos de lo que se sufre ahora por la muerte y con ello se vivirá y se morirá de mejor forma.

Por todo lo anterior, considero que debiera existir una forma de atención al alcance del anciano, que de manera profesional, práctica, sencilla, objetiva y didáctica, le ayudara con sus perturbaciones emocionales con respecto a la muerte. Dado que es papel de la Psicología el generar estrategias de intervención pertinentes a problemas del comportamiento, las cogniciones y las emociones de los individuos, me parece que el Psicólogo es el profesionista más indicado para incidir en la problemática que aquí se plantea.

De esta forma, el objetivo de mi tesis es: realizar una revisión teórica sobre el concepto de muerte a través de la historia de la humanidad y de las características bio-psico-sociales de la población anciana, para crear una propuesta de intervención psicológica que ayude al anciano a afrontar y "preparar" su muerte de la mejor forma posible.

Para cumplir con el objetivo de este estudio, la tesis se divide en dos partes: la primera de ellas trata de la revisión teórica de los aspectos relacionados con el tema que nos atañe (del capítulo 1 al 5) y la segunda de ellas presenta la propuesta de intervención para la problemática (capítulo 6).

El primer capítulo pretende resolver las dudas que manifestábamos al principio de la introducción: ¿de dónde vienen esos sentimientos negativos con respecto a la muerte? Aquí lo que veremos es la forma en que se ha concebido al muerte a través de la historia de la humanidad, empezando por el hombre primitivo, pasando por las primeras civilizaciones, la Edad Media y el Renacimiento, hasta llegar a nuestros días. Esto con el fin de conocer los significados que se le han dado a través del tiempo, los ritos en torno a ella, y las actitudes y reacciones que provoca en la persona que va morir, los supervivientes y la sociedad en general.

En el segundo capítulo, aterrizaremos ya en México, conociendo la forma de concebir la muerte específicamente a través de la historia de nuestro país, iniciando por la época Prehispánica, pasando por la Colonia, la Independencia, el Porfiriato, y la Revolución, para llegar a la era Moderna de México. El objetivo es conocer de qué manera se ha relacionado el mexicano con la muerte, cómo la ha afrontado, de qué manera se prepara para ella, qué trato le da a sus difuntos y a sus moribundos, y a qué tipo de problemáticas se enfrentan los supervivientes y la sociedad en general.

En el capítulo 3, se aborda lo que es la muerte desde una perspectiva biológica: cómo se define, qué implica, los tipos que hay y cómo se lleva a cabo a nivel fisiológico en el ser humano. Con esto pretendo dejar claro a qué me refero cuando hablo de muerte como fenómeno natural e inherente al ser humano, fuera de cualquier concepción o significado especial como los que tratamos en los dos capítulos anteriores. Esta información será de bastante utilidad a la hora de intervenir psicológicamente con el anciano como se explicará posteriormente.

Tras la contextualización realizada en torno a la muerte, en el capítulo cuatro se revisarán diversos aspectos biológicos, sociales y psicológicos relacionados con la vejez; así como las reacciones psicológicas que se generan en el anciano con respecto a la muerte. Me parece de suma importancia conocer los pormenores de la población con la que se va a trabajar, para poder contar con mayores bases a la hora de diseñar, desarrollar y aplicar la propuesta de intervención.

Dado que para ayudar al anciano a enfrentar su muerte se requiere que cambie su concepción negativa sobre ella por otra más positiva; la forma de intervención que

propongo utilizar es la Terapia Racional-Emotiva de Albert Ellis; por lo que en el capítulo 5 se describirá la Teoría de la misma.

Y por último en el capítulo 6, se presenta la propuesta de intervención dividida en dos partes: la primera de ellas explica detalladamente la forma en que la Terapia Racional-Emotiva se puede aplicar para ayudar al anciano a afrontar su muerte. Y la segunda de ellas, plantea las bases para crear un Área de afrontamiento a la muerte en el anciano, dependiente de un Departamento de Atención Psicológica dentro de las Instituciones de Salud en México.

CAPITULO I

CONCEPCIÓN DE LA MUERTE A TRAVES DE LA HISTORIA DE LA HUMANIDAD

1.1.1 La muerte en el hombre primitivo

El misterio de la muerte ha inquietado al ser humano a lo largo de toda su existencia. Las primeras huellas de dicho interés datan del Paleolítico Superior, en el que aparece el hombre del Neanderthal; cuya importancia radica en la sepultura que da a los humanos cuando mueren.

De acuerdo con Sádaba (1991), esta acción refleja una nueva comprensión de sí mismo para el hombre. En su vivir diario se encuentra rodeado de animales que en algún momento dejan de existir, y al enfrentarse a la muerte de sus semejantes, toma conciencia de que su propio tiempo en este mundo es limitado. De esta manera, el enterrar a los propios muertos, se vuelve un punto clave para demostrar que el hombre primitivo ya no sólo se preocupa de la vida, sino también de la muerte, que así como durante un tiempo va a vivir, en algún momento ha de morir. Actualmente se sospecha que ésta "preocupación por la muerte" de la que hablamos, llegó principalmente a ser un "miedo a la muerte" y que las sepulturas realizadas en este período son un primer indicio de dicho miedo.

El hombre primitivo experimenta la proximidad de la muerte de dos maneras: una a través de la muerte de los otros y otra conforme va envejeciendo, con la decadencia de su propio cuerpo, el paso del tiempo y la conciencia de un límite que marca su vida. Este límite debió estar relacionado con la sensación de corte, de ruptura del presente, de los descos, los planes y los lazos que unen al sujeto con el resto del grupo. Pero sobre todo, debió representar una gran incógnita en cuanto al "futuro" de los muertos.

Según Blank y Cerejido (1997) los dibujos y las ofrendas que se encontraron en tumbas del Paleolítico Superior demuestran que la negación de la propia muerte y el deterioro físico que la misma conlleva, sugirieron al hombre primitivo la división entre el

cuerpo y alma¹ de los hombres, definiendo al primero como finito y a la segunda como la parte eterna y por ello la más importante de ambas. De esta manera el primitivo inventó los espíritus, invisibles acorporeidades a través de los cuáles (además de los huesos, cenizas y demás restos), los muertos ejercen su poder sobre los vivos (Alizade, 1996).

En la actualidad, indígenas de distintas partes del planeta experimentan la muerte de una forma muy similar a los primitivos del Paleolítico Superior. Para ellos no existe la muerte natural, ya que siempre está provocada por alguna fuerza mítica invisible. Coexisten dos mundos para ellos, el de la percepción sensible (visible) y el de los espíritus (invisible). A través de los sueños, el espíritu visita el otro mundo y dialoga con los ancestros. Cuando alguien enferma gravemente, normalmente es abandonado, puesto que su pre-muerte inspira terror, creyéndosele contagiosa. El muerto se convierte en un ente malo que puede castigar o dañar a los vivos (Alizade, 1996).

A partir de entonces surgen toda una serie de ritos y costumbres alrededor de la muerte cuyo fin es reverenciar a los muertos, protegerse de los espíritus y en ocasiones solicitarles protección y ayuda.

En muchas culturas primitivas no se considera la muerte como un paso instantáneo de la vida mortal a la existencia espiritual y eterna. Al abandonar el cuerpo, el espíritu no alcanza su destino pleno hasta que los huesos del cuerpo se encuentren mondos² y secos. Mientras, continúa rondando en la tierra, en las inmediaciones del cuerpo. Una última ceremonia fúnebre da término a este período intermedio y marca su partida al lugar que le está asignado, ya sea el convertirse en un factor benéfico o misterioso entre los espíritus ancestrales. Durante todo este proceso el cadáver merece atenciones y cuidados especiales, ya que vulnerable a los malos espíritus, necesita de constante vigilancia. Lavar el cuerpo, cerrar sus ojos y demás orificios corporales forman parte de las prácticas rituales con fines higiénicos que se realizan hasta la completa descomposición. La larga espera de la ceremonia final que lleve al espíritu al completo reposo puede en ocasiones tornarlo irritable y maléfico. Por eso el último ritual es esperado con gran ansia y realizado con mayor tranquilidad por parte de los vivos (Hinton, 1976).

¹ Dado que en los autores revisados se habla indistintamente del "alma" y "espíritu", en este trabajo se utilizarán como sinónimos.

² Limpios y libres de cualquier otra cosa

Pero los rituales en torno a la muerte no sólo se realizan cuando la persona fallece. Existen una serie de costumbres y actitudes hacia el moribundo en las sociedades primitivas que difieren un poco de las actuales sociedades modernas. Cuando una persona de edad ya no podía desempeñar una función dentro de tribus errantes, dedicados a la caza o al pastoreo, ésta se volvía un obstáculo para el resto del grupo y se admitía de buena manera por todos que ese era el momento de dejarlo morir. Normalmente se les dejaba en una especie de campamento con cobijo, alimentos, agua y fuego mientras los demás seguían su camino. Esto no representaba para ellos un acto de crueldad, desagrado o maldad, sino el desenlace fatal de una vida anteriormente útil. Un ejemplo de ello son los indios Hopi, los Omaha, los indios de Norteamérica, los Esquimales, los Bosquimanos o los aborígenes australianos. De hecho, en estas sociedades, el anciano³ no tiene que esperar a que llegue su muerte natural o a que sus compañeros le abandonen; los ancianos de Samoa pueden pedir que se les entierre vivos cuando saben que ya no pueden aportar más al resto del grupo, lo cuál representa un signo de honra para sus familiares y ellos mismos. Posteriormente, cuando las culturas se vuelven sedentarias y más estables, el abandono de los ancianos va disminuyendo poco a poco hasta llegar a condenarse (Hinton, 1976)⁴.

Como podemos observar, en este primer acercamiento consciente que tiene el hombre con su límite, es decir con la muerte, es cuando surgen toda una serie de costumbres, actitudes y acciones (incluyendo las sepulturas) en torno a ella, no sólo con el fin de dar reconocimiento a quien ha vivido o como ritual para evitar posibles venganzas del muerto, sino también para protegerse del futuro. Se busca así, por todos los medios proteger la vida más allá del espacio y del tiempo.

Algunos de los medios que surgieron en ese entonces y perduran hasta la actualidad son la magia y la religión. La magia se aproxima a una técnica, un intento rudimentario por dominar al mundo. La religión por su parte, es una expresión simbólica de profundas

³ En esta tesis usaremos indistintamente los términos: *anciano*, *viejo*, *persona mayor*, y *persona de la tercera edad*, tal como lo hacen los autores de las referencias utilizadas.

⁴ En realidad, la diferencia de las actitudes de las sociedades primitivas con las de las sociedades modernas ha ido disminuyendo a raíz de la industrialización. Nuevamente se encuentra el abandono de las personas de edad que llegan a ser consideradas "improductivas", la única diferencia es que en ese entonces esta acción resultaba de lo más normal y hasta se consideraba un acto honroso; actualmente representa un atentado contra los derechos humanos. De este tipo de problemáticas hablaremos en el capítulo 4.

necesidades humanas; libera angustias, protege contra el desorden mental y hace más llevadero el abismo mortal (Sádaba, 1991).

A partir de entonces surgieron los Dioses de las antiguas civilizaciones, quienes de alguna manera lograban tranquilizar a las inquietas almas mientras permanecían en el mundo y buscaban asegurar su eternidad para cuando partieran de él.

1.2 La muerte en las primeras civilizaciones

Dioses, magia y religión fueron factores determinantes de los diversos ritos, cultos y festividades que celebraban las antiguas civilizaciones a lo largo del año en torno a diferentes aspectos de la vida de aquellos hombres. Uno de los aspectos más importantes era la muerte cuya trascendencia de sus cultos ha llegado hasta nuestros días. A continuación se describirán las creencias, las actitudes y actividades más importantes relacionadas con la muerte en las civilizaciones egipcia, india, china, japonesa, griega, romana y persa.

1.2.1 La muerte en el antiguo Egipto

Egipto fue unificado por primera vez hacia el 3100 a.C. pero fue hasta 400 años después cuando dio inicio el llamado Imperio Antiguo o "Era de las Pirámides" que alcanzó su punto culminante con las grandes pirámides de Gizeh que tanto nos asombran hoy en día. Este Imperio se hundió hacia el 2160 a.C. y la guerra y el caos asolaron Egipto. Finalmente el país fue reunificado por Mentuhotep II, quien fundó el Imperio Medio en el 2040 a. C; volviendo con él la paz y la prosperidad a cargo de Faraones poderosos que reforzaron el gobierno y el comercio con el exterior. No obstante el período más importante de la historia de Egipto fue el Imperio Nuevo que abarcó del año 1500 al 1086 a. C., donde los faraones guerreros extendieron su territorio y se llevó a cabo la construcción de muchos templos (Steedman, 1997).

Los egipcios creían que la fuerza vital de los hombres se componía de varios elementos psíquicos y que el más importante de ellos era el *ka*. Para ellos el *ka* era un doble del cuerpo que lo acompañaba durante toda la vida para separarse de él al momento de

morir y ocupar su lugar en el reino de los muertos. Como se creía que el *ka* no podía existir sin el cuerpo, era necesario hacer todo lo posible para preservar el cadáver a la hora de morir un hombre. Fue así como se iniciaron los ritos de embalsamiento y momificación⁵. Como precaución se ponían réplicas en madera o piedra del cuerpo muerto encima de la tumba, en caso de que la momia fuera destruida. Se pensaba que entre más “dobles” de piedra o madera hubieran en las tumbas, mayor sería la posibilidad de que la persona muerta resucitara. Por último, se erigían tumbas muy elaboradas y complicadas para proteger el cadáver y sus pertenencias (Encarta, 1998).

La mitología Egipcia narra que Nun, el ser acuoso eterno, llenó el universo y cuando se fueron las aguas, surgió la colina primigenia, donde se elevaba el dios creador, el dios sol Atum. Los hijos de Atum: Shu (aire) y Tefnut (humedad), crearon a Geb (tierra) y a Nut (cielo). Se dice que al principio Nut y Geb estaban unidos, pero Shu se interpuso entre ellos y separó el cielo de la tierra. Después Geb y Nut tuvieron dos hijos: Osiris y Set y dos hijas: Isis y Nefys. Osiris se convirtió en rey y tomó a Isis como su esposa. Su hermano Set celoso, mató a Osiris y partió su cuerpo en pedazos. Isis recogió los pedazos y con ellos hizo la primera momia. Entonces Osiris siguió viviendo como el dios del mundo los muertos (Steedman, 1997).

Al respecto Zurauz (2000), explica que esta leyenda es en realidad una metáfora en la que se pone de manifiesto el ciclo vida-muerte-resurrección que observaban los egipcios en la naturaleza: “Osiris es un dios agrícola que muere con la sequía para resucitar con las aguas, al igual que los granos de cereal que después de ser enterrados forman nuevas plantas (...) Isis tiene un papel fundamental como diosa de las aguas y la vegetación; no se doblega ante la muerte y con hechicerías descubre la fórmula de la inmortalidad, pues con la ayuda de Thot, Anubis y Nefys crea la primera momia y le da vida eterna.” (pág. 21).

Dentro de los primeros ritos dedicados a Osiris, los familiares del rey realizaban una pantomima en la que se representaba la vida del dios, incluyendo la colocación de las partes del cuerpo en la tumba. Así se marcó el origen de la ceremonia en la que se encuentran presentes los elementos de la momificación y sacerdotes especializados.

⁵ El proceso de momificación más costoso implicaba la extracción del cerebro, hígado, estómago, pulmones e intestinos. El cuerpo era desecado por medio de natrón (carbonato sódico) y rellenado con especias; se le maquillaba, vendaba y colocaba en un sarcófago para conducirlo a su tumba, en donde un sacerdote reanimaba mágicamente a la momia para restaurarle sus facultades (Cunseco, 1995b).

Se creía que el alma del muerto (*ka*) era acosado por muchos peligros al momento de abandonar la tumba. Es por ello que junto al cadáver se dejaba una copia del *Libro de los Muertos*, que comprendía una colección de invocaciones a las divinidades y fórmulas mágicas que se conocían como *Libro de las puertas* y *Libro de las cosas*. Su contenido incluía una guía por el mundo de los muertos que ayudaba a afrontar los diversos peligros, e instrucciones sobre la conducta apropiada que el *ka* debía asumir ante los jueces al momento de llegar al reino de los muertos, para ser juzgado por Osiris y 42 demonios. Se trataba de una confesión en la que se enumeraban los actos buenos y los actos malos realizados mientras el cuerpo todavía vivía.

Si los jueces decidían que el difunto había sido un pecador, se condenaba al *ka* a pasar hambre y sed o a ser despedazado por terribles verdugos. Si los jueces decidían lo contrario, el *ka* iba al reino celestial de los campos de Yaru, donde la existencia era una versión glorificada de la vida en la tierra. A manera de pago a Osiris por la vida después de la muerte y por su protección, los muertos debían hacer ciertas tareas para él como trabajar en los campos de cereales.

Con el fin de que no le faltara nada al *ka* en esta nueva vida, se colocaban en su tumba todas las cosas que podría necesitar o las que más le gustaran en la vida terrenal, mismas que iban desde muebles hasta material de lectura o joyas. Además, si se incluían unas estatuillas llamadas *ushabtis*, el *ka* podía eximirse del deber de trabajar para Osiris, ya que las estatuillas se transformaban en sustitutos del difunto en el reino de los muertos (Zarauz, 2000 y Encarta, 1997).

Osiris también tenía el poder de devolver el muerto a la vida. Habían ceremonias que permitían que el muerto adquiriera la transformación que deseaba, como ser un cocodrilo o cualquier otro animal y de esta manera volver de nuevo a la tierra. De hecho el *Libro de los muertos*, revela creencias en la resurrección del cuerpo espiritual, del reconocimiento de parientes y amigos después de la muerte y de la existencia permanente del alma-corazón (Ross, 1984).

Cabe aclarar que los rituales de embalsamamiento y momificación se encontraban reservados sólo para quienes en vida habían tenido un comportamiento irreprochable. En un principio estas prácticas religiosas estaban destinadas sólo para los faraones, sin embargo, con el tiempo se democratizaron hasta ser accesibles al pueblo.

Además del *Libro de los muertos*, se han encontrado inscripciones en los muros de tumbas, pirámides, templos y rollos de papel papiro, del *Libro de los funerales*, *Libro de los caminos*, *Libro de los puentes* y los *Libros de la respiración*, que se refieren a ceremonias fúnebres y fórmulas mágicas para resucitar a los difuntos y acceder al más allá (Zarauz, 2000).

1.2.2 La muerte en la India

Los indios de la antigüedad no dejaron documentos escritos de sus actividades sociales, culturales y políticas, por lo que los historiadores deben basarse en los descubrimientos arqueológicos para conocer sobre ésta civilización. Las evidencias indican que, posiblemente durante el periodo neolítico de la edad de piedra, los habitantes del subcontinente fueron dispersados y asimilados en parte por las tribus invasoras drávidas, que probablemente vinieron del oeste. Gracias a los descubrimientos arqueológicos en el Valle del Indo, se sabe que la civilización que luego desarrollaron los drávidas se podría equiparar y hasta sobrepasar en esplendor a las civilizaciones de la antigua Mesopotamia y Egipto.

Los Veda, una colección de escritos sagrados que datan del año 1200 a. C. contienen información sobre las costumbres sociales, las creencias religiosas y los logros culturales. Los himnos védicos compuestos durante este y posteriores periodos representan la emergencia y cristalización de las características clave del sistema sociorreligioso conocido como hinduismo (García, 1995).

En un principio los hinduistas, creían que el espíritu abandonaba definitivamente el cuerpo cuando éste último moría. El espíritu entonces, caminaba sobre el sendero abierto y por sus antepasados para llegar al más alto de los cielos donde habita Yama, primer dios que murió y por ello Señor del más allá. Yama escruta el alma humana y juzga a los muertos (en lo que se asemeja a Osiris) y tiene por ayudantes y mensajeros a dos perros y un búho quienes son guardianes del sendero de la noche (Zarauz, 2000).

Los hindúes consideraban que la vida humana es cíclica, y que después de morir, el alma deja el cuerpo y renace en el cuerpo de otra persona, animal, vegetal o mineral, proceso al que le llamaban *samsara*. Ellos pensaban que en función del mérito o falta de

méritos que la persona haya acumulado como resultado de su actuar (*karma*) a lo largo de su vida o vidas pasadas, sería la calidad de su próxima reencarnación. Sin embargo, también pensaban que practicando ciertos rituales y expiaciones (basados en el castigo o recompensa), podían aminorar o hacer más fácil todo el proceso del *samsara*, previa renuncia de todos los deseos terrenales.

Los hindúes se encontraban divididos en dos grupos: 1. los que buscan recompensas sagradas y profanas a este mundo como salud, dinero, hijos y una buena reencarnación, y 2. los que buscan liberarse del mundo. Los principios del primer sistema de vida se extrajeron de los *Veda* y hoy en día se representan en los templos hindúes, en la religión de los brahmanes y en el sistema de castas. La segunda forma de vida, explicada en los *Upanisads*, se manifiesta no sólo en los cultos de renuncia (*samyasa*) sino también en los fundamentos ideológicos de la mayoría de los hindúes (Encarta 1998).

Las ceremonias más importantes para el hinduismo son las que implican ritos de pasajes (*samskaras*) que inician al nacer y terminan con las ceremonias de la muerte. En estas ceremonias se crema al muerto y si es posible se esparcen las cenizas en el Ganges, o río sagrado. Se acostumbra también realizar un ofrecimiento anual a los antepasados muertos, de los cuáles el más notable es el del *pinda*, una bola de arroz y de semillas de sésamo que entrega el hijo mayor del difunto para que el fantasma de su padre pueda salir del limbo y renacer (op. cit.).

1.2.3 La muerte en la Antigua China

Entre los años 2100 y 249 a. C. la sociedad se organizó de manera estatal, donde sus medios de producción (la tierra) y los hombres que la trabajan pertenecen a una clase. La situación se fue definiendo poco a poco; algunas familias monopolizaron la riqueza y los conocimientos, como el calendario y la escritura, constituyéndose en la nobleza por medio de la fuerza. Las familias más poderosas formaron dinastías, siendo tres las que dominaron: la Xia, la Shang y la Zhou. Estas dinastías se mantuvieron en el poder gracias a poderosos ejércitos armados con implementos de bronce; conquistaron a los grupos cazadores y agricultores que les rodeaban e incrementaron sus territorios (Barba de Piña, 1997).

Los chinos creían en la inmortalidad del alma y que ésta podía relacionarse con los vivos. Pensaban que el alma se dividía en dos partes: *p'o* y *hun*. La primera de ellas se quedaba ligada al cadáver y se alimentaba de la comida que los vivos llevaban a ofrendar al muerto. Se creía que si no recibía ofrenda alguna, se convertía en un fantasma errante. Es por ello el pueblo chino creía en la existencia de espíritus benéficos y maléficos cuyas acciones podían ser gobernadas por medio de la magia. El *hun* por su parte, tenía un carácter más espiritual. Esta parte del alma podía tener diferentes destinos: una de ellas era la condenación, que implicaba el atravesar dieciocho infiernos, cada uno especializado en algún tipo de pecado. En contraparte a este destino, se encontraba la idea del paraíso, bastante influida por el budismo. En él, las almas que se libraban del infierno o bien de regresar a la Tierra a sufrir nuevas vidas, tenían como premio la Tierra de la Suma Felicidad en el Monte Kuen-lun, lugar donde reinaba Wang, en un palacio de nueve pisos de jade rodeado de jardines (Zarauz, 2000).

Las ceremonias fúnebres de los nobles en China eran muy largas y costosas, ya que el entierro solía llevarse a cabo después de varios días o hasta meses. Esto era con el fin de que se realizaran lamentaciones y reuniones en torno al difunto. Se les enterraba en suntuosas tumbas, llenas de ofrendas bellas y costosas, y de hecho en algún momento hasta con esclavos, costumbre que afortunadamente después fue suprimida. La dinastía Han es famosa por sepultar a sus muertos en grandes cámaras con estatuas, figuras de animales, relieves y dibujos que narran sucesos históricos. En ese tiempo se acostumbraba que asistieran familiares y amigos al entierro, vestidos de blanco en señal de luto. Esta era la muerte que se preparaba para las clases nobles sin embargo a las clases humildes se les enterraba sin más ni más. Muchos chinos solían adquirir con sus recursos su ataúd en vida y lo conservaban en su casa hasta que llegara su momento (op.cit.).

1.2.4 La muerte en Japón

Las culturas paleolíticas del Japón prehistórico dieron paso hacia el 1000 a. C. a la cultura neolítica denominada el Jomon, que se caracterizó por sus cerámicas muy decoradas, modeladas a mano y cocidas a bajas temperaturas y sus viviendas sofisticadas o chozas. Su economía se basaba en la caza, en la pesca y en la recolección. A los jomon

les siguió una nueva cultura: la Yayoi, que comenzó en Kyshu, se impuso en el este de una forma gradual. Esta cultura era más avanzada, y su advenimiento no implicó cambios radicales, por lo que probablemente se trató más de un proceso de difusión cultural que una conquista étnica. Durante este período surgió la religión sintoísta, unión del chamanismo nativo, el animismo y las creencias populares (Encarta, 1998).

El shintoísmo, que en japonés significa “el camino de los dioses”, es la religión japonesa primitiva, que desde la antigüedad ha sido de gran importancia dentro de la cultura e historia niponas (op.cit.).

En esta religión se reconoce la supervivencia del alma. Los japoneses creen que los muertos pueden reencarnar y volver al mundo terrenal. Se piensa que el alma sobrevive cerca de la tumba o de su hogar, y que participa en la vida familiar de los vivos que quedan. De esta forma se establece cierta intimidad entre los vivos y los muertos por medio de un santuario hogareño denominado *mitama*, o casa del alma.

Para los sintoístas, el infierno era un lugar subterráneo, tenebroso y profundo, al que se llega por medio de una tortuosa galería que se abre cerca de Izumo, o por un agujero cerca del mar. Se creía que cuando alguien muere ejecutado o se suicida, puede retomar a la Tierra para cumplir su última voluntad.

Los ritos funerarios consistían en leer oraciones por parte de los sacerdotes cuando alguien moría; la viuda por su parte depositaba mechones de su cabello en el féretro y se le enterraba veinticinco horas después del fallecimiento. En el cortejo fúnebre participaban parientes y amigos, se llevaban flores, pájaros, banderolas, incensarios, etcétera. Posteriormente, tras el entierro, al igual que a los dioses, se presentaban ofrendas a los antepasados y a los recién fallecidos (Zarauz, 2000).

1.2.5 La muerte en la Antigua Grecia

La historia de los griegos de la antigüedad se desarrolló en un territorio que se extiende alrededor del Mar Egeo y comprende tres regiones: la Grecia continental, la Grecia insular y la costa occidental del Asia Menor llamada Jonia. Las tres regiones se ubican en una zona templada, con clima seco y suave, donde fue abundante la riqueza mineral y forestal. La civilización griega recibió influencias de Europa, Asia y del nordeste

de África que al integrarlas a su propio estilo, dieron como resultado una de las más espléndidas culturas de la humanidad (Martínez, 1995a).

La mitología griega, se desarrolló plenamente alrededor del año 700 a. C. y consiste en una serie de creencias y rituales de los antiguos griegos, cuya civilización se fue configurando hacia el año 2000 a. C. Abarca diversas historias y leyendas sobre una gran variedad de dioses, como Zeus, Hera, Hefesto, Atenea, Apolo, Ártemis, Ares, Afrodita, Hestia, Hermes, Démeter y Poseidón. Los griegos creían que los dioses habían elegido el Monte Olimpo, en una región de Grecia llamada Tesalia, como su residencia. Ahí los dioses formaban una sociedad organizada en términos de autoridad y poderes, se movían con total libertad y formaban tres grupos que controlaban sendos poderes: el cielo o firmamento, el mar y la tierra.

A diferencia de otras religiones antiguas como el hinduismo, la mitología griega no incluye revelaciones especiales o enseñanzas espirituales, tampoco existía una estructura formal en cuanto a las prácticas y creencias como una institución religiosa de gobierno, ni un código escrito como algún libro sagrado. De hecho los dioses se parecían exteriormente a los seres humanos y revelaban también sentimientos humanos.

Dentro de toda la gama de dioses, se encontraba Hades, un importante dios que generalmente no se consideraba olímpico. Hades regía el mundo subterráneo, donde vivía su mujer Perséfone. Este submundo era un lugar oscuro y lúgubre que se encontraba en el centro de la tierra y estaba poblado por las almas de las personas que habían muerto (Encarta 1998). Al ingresar a este lugar conocido como Tártaro, las almas debían cruzar un río o laguna, razón por la cuál se colocaba una moneda en la boca de los difuntos para que pudieran pagar el pasaje de la barca del Caronte. Quienes no llevaban la moneda, se quedaban en la ribera, en un banco negro. El cruce era muy peligroso porque en la orilla estaba el Can Cerbero, un perro de tres cabezas que hambriento y furioso devoraba a los que llegaban a ese lugar sin haber muerto o a los muertos que trataban de escapar.

El Tártaro se encontraba dividido en varias regiones. La primera de ellas era el campo de Asfodelos, una región llena de flores en la que vagaban los muertos sin rumbo, lugar en el que los de baja condición se convertían en murciélagos y los de alto rango bebían agua de la fuente Mnemosine (origen de la palabra memoria), que les proporcionaba algún recuerdo grato de la vida en la tierra. Aquí los muertos eran juzgados y se les

indicaba el rumbo que habían de seguir. Los que se habían comportado mal se iban al Tártaro, donde eran continuamente castigados, mientras que los justos y buenos tenían por destino los Campos Eliseos, lugar contiguo al Tártaro aunque fuera del dominio de Hades. Éste era un lugar feliz, sin frío ni calor, con días perpetuos y los que llegaban ahí hasta tenían la oportunidad de volver a la vida terrenal (Zarauz, 2000).

Quando alguien moría, su cuerpo era lavado con aceites perfumados, se le coronaba con flores y se le vestía de blanco para después ser cremado. Posteriormente las cenizas se apagaban en la hoguera con vino y se guardaban en urnas; después se decían alabanzas al muerto junto con música de flautas. Luego se llevaba una ofrenda de comida a la tumba y se frotaba con aceite la estela funeraria en los días tercero, noveno y trigésimo posteriores al fallecimiento. Es importante señalar que, dentro de la ritualidad griega los sacrificios y cualquier lugar en que se realizaran estaban considerados un sitio sagrado que se convertía en altar (op.cit.).

1.2.6 La muerte en Roma

Lo que hoy conocemos como civilización romana empezó hace casi tres mil años en Roma, actualmente capital de Italia. Aunque Roma le dio su nombre a su civilización, la ciudad fue sólo una pequeña parte del Imperio Romano, que a lo largo de los siglos creció, gracias su fabulosa ubicación en el centro del mar Mediterráneo, hasta convertirse en uno de los más grandes que se hayan conocido. Pero la ciudad de Roma siguió siendo su centro y todos los caminos del Imperio llevaban a ella (Martínez, 1995b).

Los romanos creían en dioses, diosas y en otra vida después de la muerte. Adoptaron algunos dioses griegos y mezclaron la personalidad de otros con dioses romanos que ya existían. Además tendían a absorber las nuevas religiones que hallaban a su paso. Por todo el Imperio levantaban templos dedicados a sus dioses y en honor a ellos celebraban muchos festejos. En realidad en Roma no había servicios religiosos, si los fieles querían pedirles a los dioses algún favor entonces llevaban ofrendas a los templos. Más bien solían rezar a diario en su hogar. El culto consistía en las procesiones, los sacrificios y las plegarias.

Los sacrificios se llevaban a cabo en altares afuera de los templos para mantener a los dioses contentos y pedirles favores. Sólo los sacerdotes podían llevarlos a cabo porque se creía que los dioses no aceptarían los sacrificios si se llegaran a cometer errores. En ellos se mataban animales como cerdos y bucyes, que normalmente eran blancos pues los negros se ofrecían a los dioses del Averno (McKeever, 1997).

Los romanos creían en la existencia de los *lemures*, espíritus de los muertos que se quedaban cerca del hogar y actuaban de manera negativa contra los vivos, razón por la cuál se exorcizaba los días 9, 11 y 13 de mayo en el festival de Lemuria, donde se les aventaban judías negras para que al levantarlas dejaran libres a los miembros de la familia. Esta era tarea del jefe de la casa: se levantaba a la media noche a purificarse lavándose las manos, caminaba descalzo y escupía las habas negras mientras recitaba un conjuro. Por otra parte creían en los *lares*, espíritus tutelares que protegían a los individuos o las familias.

Los muertos eran recordados dos veces al año. La primera de ellas era en el festival de Lemuria ya mencionada y la segunda en el festival de Parentalia en el mes de febrero. En las fiestas de los Parentalia, la gente honraba a sus muertos por medio de ofrendas de diversos alimentos en sus tumbas, mientras que en la casa de los parientes se celebraba una especie de fiesta de amor. Ese día los templos se cerraban y las bodas estaban prohibidas. Para festejar a los *lares*, se les rendía culto con incienso y flores ante sus imágenes en el hogar (McKeever, 1997 y Zarauz, 2000).

Los ritos funerarios daban inicio al sembrar un árbol frente a la casa del difunto con el fin de indicar el duelo. Luego se organizaba un cortejo en el que participaban danzantes, músicos y plañideras⁶, mientras que la familia del muerto seguía el féretro vestida de negro y sin adornos, los hijos con la cabeza cubierta y las hijas sin velo. La procesión salía de la ciudad hasta donde se formaba una pira⁷ donde se colocaba el cadáver, rociado con perfumes y guirnaldas; entonces el pariente más cercano acercaba una antorcha. Posteriormente se recogían las cenizas y se guardaban en una urna funeraria que se colocaba en un nicho del panteón familiar.

A los muertos se les trataba de manera distinta de acuerdo a la clase social a la que pertenecían en vida. A los ricos se les exponía yacentes en el atrio. El cadáver era llevado en

⁶ Las plañideras eran mujeres que se contrataban para llorar en los entierros.

⁷ La pira es una hoguera en que antiguamente se quemaban los cuerpos de los difuntos y las víctimas de los sacrificios.

procesión por las calles, en una litera; se decían discursos en su honor y se realizaba un banquete en el panteón familiar. Sus féretros eran llenados con perfumes, inciensos y demás sustancias aromáticas; también se elaboraban urnas de oro, plata o labradas en mármol. A veces los difuntos eran enterrados con sus joyas y armas, y hasta solían sacrificarse perros y pájaros e incluso se organizaban luchas de gladiadores y representaciones teatrales. El costo de los entierros llegó a ser altísimo, pues en ocasiones llegaron a edificarse maravillosos mausoleos por las calles de Roma. Los pobres en cambio, tenían un funeral mucho más sencillo, y solían ser enterrados en fosas comunes en los cementerios públicos. (McKeever, 1997 y Zarauz, 2000).

Posteriormente se fueron incrementando el número de entierros en el siglo II d. C. y se crearon leyes para que los muertos fueran enterrados fuera de las ciudades por razones higiénicas y sanitarias.

Para los antiguos romanos la muerte era una certeza. Pensaban que la vida debía disfrutarse y que la muerte era la gran niveladora que da la verdadera medida de todas las cosas (McKeever, 1997).

1.2.7 La muerte en Persia

Persia, país ubicado en el suroeste de Asia, entre el mar Caspio y el golfo Pérsico es lo que actualmente conocemos como Irán. Tras dominar a Babilonia y Mesopotamia alrededor del 539 a.C. se fundó el Imperio Persa al momento en que Ciro II fue proclamado rey en el 529 a. C. (Wilkinson, 1998 y Canseco, 1995a).

Ellos creían que los muertos habitaban un lugar subterráneo y que los pecadores iban a otro lugar de tortura. Concebían la salvación total del mundo por un mesías (esperaban la llegada de Zoroastro) y creían en la confesión de los pecados, las purificaciones y las penitencias. Acciones que se llevaban a cabo por los moribundos que preveían su final. Basados en su libro sagrado Zend-Avesta, lavaban a los moribundos y se les vestía de blanco, mientras algún sacerdote los confesaba, lo cual era muy importante porque en las últimas horas de vida los espíritus malignos redoblaban sus esfuerzos contra el hombre. Para los fieles éste era el principio del alma y de la espera de la resurrección.

Se creía al morir la persona, su alma permanecía tres días con sus noches junto al cadáver, al cabo de los cuales por fin era juzgada por sus acciones en vida. El alma juzgada debía cruzar el puente que separaba al cielo y la tierra. Se pensaba que si el alma había sido justa, el puente se ensanchaba, de lo contrario vería cómo se adelgazaba hasta el punto de hacerla caer al infierno a donde reinaba Yima, dios de carácter subterráneo (Zarauz, 2000).

Como podemos observar, a pesar de la distancia tanto geográfica como temporal entre las civilizaciones antes descritas, se pueden encontrar ciertas similitudes en cuanto a sus creencias y ritos en torno a la muerte. Por lo general cada civilización cuenta con una serie de dioses a los que se les rinde tributo a cambio de favores. Entre esta gama de dioses suele encontrarse uno relacionado directamente con la muerte y el mundo de los muertos (o inframundo). Consideran que al momento de morir, una parte de la persona (alma) es juzgada y en función de su comportamiento en vida, es el destino que tendrá esa alma para la eternidad. Un comportamiento bueno conlleva a un destino glorificado, lleno de paz, tranquilidad y grandes placeres; por el contrario, un comportamiento malo dirige a las almas a un lugar oscuro en el que padecerán los peores castigos que se puedan imaginar, muchas veces acordes al tipo de conducta errónea (o pecado) que en vida hayan cometido. Algunas de las civilizaciones creen en la reencarnación, en el regreso a la Tierra como otro ser que por lo general suele ser algún animal.

Todas las civilizaciones acostumbran llevar a cabo un rito funerario para el que acaba de morir. Dichos ritos incluyen desde la preparación del cuerpo del difunto hasta las ceremonias de cremación o inhumación. En dichos ritos suele haber cortejos que se caracterizan por una vestimenta especial, cantos, música, oraciones o danzas conmemorativas a la ocasión. Las ceremonias fúnebres suelen ser dirigidas por personas especializadas en la materia como los sacerdotes y en todo momento se entremezclan el misticismo y la magia.

Por último, todas las culturas realizan diferentes tipos de culto a la muerte. Por lo general suele haber una fecha en la que se recuerda y festeja a todos los muertos y al dios de la muerte. En ella se realizan ofrendas que van desde alimentos, objetos preciosos, imágenes y fuego hasta sacrificios de animales. Todo con el fin de recordar a los que ya no están y en cierta forma protegerse de dicho mal. Toda esta información ha llegado hasta

nosotros por que se han encontrado vestigios de información pictórica y escrita, tanto en papiros como labrada en piedras o pintada en paredes y tumbas; información que encontramos a manera de "manuales" en los que se describe la forma en que se deben llevar a cabo todos estos ritos, cultos y actividades. Algunos de ellos describen fórmulas mágicas para el buen destino de las almas y otros más nos cuentan la vida de los dioses y la forma más adecuada de relacionarse con ellos.

Podemos notar que gran parte de estas costumbres se conservan en la actualidad. De hecho fue aquí donde surgieron las primeras religiones. Sin embargo nos falta todavía un largo recorrido para conocer la transformación que todas estas creencias y costumbres fueron teniendo a lo largo de los años hasta llegar a ser como las conocemos hoy en día. A continuación hablaremos de la concepción de la muerte que se ha tenido en otros momentos importantes de la historia mundial.

1.3 La muerte en la Edad Media

En su libro *L'homme devant la mort*, Philippe Aries (1977 en Alizade, 1996), tras sus investigaciones sobre tumbas y ritos funerarios, explica el cambio de actitud de la sociedad frente a la enfermedad y la muerte, distinguiendo cuatro formas de concebirla a través del tiempo: a) muerte familiar o domada, b) muerte propia, c) muerte ajena y por último d) muerte prohibida. La primera de ellas la reconoce Aries desde la antigüedad hasta la temprana Edad Media; la muerte propia la ubica a partir del siglo XII (segunda Edad Media); desde el siglo XVI descubre la muerte ajena y en la actualidad predomina la concepción de la muerte prohibida, lo que no implica que no existan actitudes como las que se dieron en periodos anteriores.

1.3.1 Muerte familiar o domada

En un principio la actitud frente a la muerte era de espera tranquila, familiar, resignada, concibiéndola como algo atenuado, cercano e indiferente. La aristocracia imponía tradiciones y creencias correspondientes a la Antigüedad; lo que incluía creer que

la muerte es un hecho natural que acompaña la vida, que debe ser aceptada con resignación y que puede ser anunciada por presagios y fantasmas (Blank y Cerejido 1997).

En el siglo de los romances medievales, morir constituía un acto fundamental en la vida del hombre. Desde pequeños se les enseñaba que toda su "honra", su "orgullo", "su ser en este mundo", su "esencia misma de ser viviente" y su "dignidad", dependían completamente de la grandeza con que se llevaran a cabo las ceremonias de despedida. Todos deseaban protagonizar su último momento en la vida con orgullo y decoro. Conmemorar sus rituales de despedida y ser recordados con grandeza al morir.

En este tiempo se moría atento a sí mismo, las personas eran observadores de sus propios signos. Llegada la hora moría como tenía que ser. En esta época se trataba de una forma mucho más abierta del tema y se demuestra en la literatura de ese entonces. Muchas de las poesías hablaban de la muerte, en algunas incluso se le hacía referencia como si se tratara de una persona (Eliás, 1989).

Algo de lo más importante de ese periodo es que la mayoría de la gente moría en la presencia de otros. Las sociedades eran más pobres y normalmente vivían muchas personas en reducidas habitaciones. Se estaba menos acostumbrado a vivir y a estar solo, porque realmente era más difícil estar solo. Sin embargo, esto resultaba bastante reconfortante y servía de bastante ayuda a la hora de la muerte.

Aries (1977 en Alizade, 1996), describe claramente la forma en que se llevaba a cabo la ceremonia antes de morir y la divide en las siguientes etapas:

1. *El lamento.* En esta parte la persona recuerda su vida pasada, evocando los logros alcanzados en ella. Llora con intensidad pero por un corto período de tiempo ya que desea pasar lo antes posible a la siguiente etapa.
2. *El perdón.* Aquí la persona se dedica a perdonar a todos aquellos que pudieron haberle causado algún daño en el pasado y a encomendar a Dios a todos los que le sobreviven.
3. *La absolución.* El agonizante se reconcilia con Dios a través de sus plegarias, primero una *mea culpa* y luego la plegaria por la salvación del alma. El sacerdote finalmente le concede la absolución.
4. *La espera.* Tras la última plegaria, el moribundo sólo se dedica a esperar su muerte que seguro llegará sin tardanza.

El proceso de morir y la espera de la muerte tal como se describe en esta época, representaba una muerte-ejemplo, socialmente valorizada. La habitación del agonizante solía encontrarse repleta de gente, incluyendo a los niños. Cuando llegaba el momento final se procuraba no interrumpir el silencio con palabras vanas. En realidad se trataba de una contención de las ansiedades de muerte. Si se llegaba a sentir miedo, éste era ocultado; se buscaba dominar la angustia con el fin de que el moribundo se retirara en paz y calma con la sensación de haber cumplido plenamente con su deber.

1.3.2 Muerte propia

Fue alrededor de los siglos XI y XII cuando comenzaron a prevalecer los valores individuales por encima de los del sistema comunitario o social. Iniciaban los tiempos de la interrogación personal. La gente le daba ya una mayor importancia a su concepción de sí misma, provocando de esta forma que la muerte cobrara un sentido más dramático y personal.

En el mundo de la segunda Edad Media donde ponderan las riquezas y los honores, la muerte propia implicó un recuentro con la propia tumba; la imagen de la vida percedera se convierte en una manifestación del fracaso, provocando grandes sensaciones de frustración y desilusión en la gente (Alizade, 1996).

Autores como Alizade (1996), Blanck y Cerejido (1997), manifiestan que durante este período se da también un creciente interés por lo macabro y las imágenes de cadáveres en descomposición. El horror que todo esto provoca se hace presente no sólo en la muerte, sino que se extiende a la vida, principalmente en los momentos de enfermedad y vejez. Artes como la poesía de los siglos XV y XVI, la pintura y el teatro, reflejan claramente lo anterior, en esa búsqueda de atenuar el temor a esa muerte del sí mismo.

A partir del siglo XII cambia la concepción sobre el Juicio Final. En lugar de que los hombres lleguen inmediatamente al Paraíso tras fallecer, primero deben ser sometidos a un juicio en el que se valoran las acciones buenas y las acciones malas que realizaron en vida. Desde ese momento, ya no cuenta tanto el momento exacto del morir, sino el último día del mundo al final de los tiempos.

En este periodo se fue consolidando cada vez más la existencia de la división entre un cuerpo mortal y un alma inmortal, hasta volverse casi universal en el siglo XVII. Se concibió entonces un "más allá" alcanzable por medio de rezos y misas (Blanck y Cerejido, 1997).

Con el fin de ocultar la inevitable decadencia del cuerpo, se empezó a cubrir el cadáver durante los rituales fúnebres. Los cuerpos se enterraban cerca de las tumbas de los santos para que éstos los protegieran. La muerte se encontraba estrechamente relacionada con la desgracia y el mal, con el miedo ante el castigo después de la muerte y el miedo por la salvación del alma. Para sentirse más seguros, los príncipes levantaban templos y monasterios; los pobres en cambio, rezaban y se arrepentían (Elias, 1989).

De acuerdo con Meyer (1983), hacia el final de la Edad Media, la vida era bastante breve, existían peligros más serios, la muerte solía ser más dolorosa y generaba la sensación de que cortaba los planes, aspiraciones y alegrías. Tal vez el miedo a morir se fue incrementando conforme aumentaba esa nueva pasión por la vida.

1.4 La muerte en el Renacimiento: muerte ajena

El modelo de la *muerte propia* se extendió hasta el siglo XVIII, sin embargo las costumbres y la imaginación de las personas empezaron a cambiar alrededor del siglo XVI. La muerte propia dejó de preocupar tanto como lo comenzó a ser la muerte del otro, principalmente si se trataba de un ser amado. El culto a las tumbas y cementerios se llevaba a cabo a raíz de los sentimientos de dolor que generaban la ausencia del otro. En ese entonces se construyeron una gran cantidad de monumentos conmemorativos, con el fin de establecer una especie de inmortalidad en el recuerdo de los sobrevivientes a través del tiempo. De esta manera la muerte se asocia al amor y la agonía al transe amoroso; la muerte es considerada terrible y a la vez hermosa, razón por la cuál dejó de asociársela al mal.

Según Blanck y Cerejido (1997), este cambio de atención hacia "el otro" tiene mucho que ver con la importancia que en esa época adquirió la familia nuclear y los sentimientos de cada uno de sus miembros. La familia de alguna manera reemplazó la atención de la comunidad tradicional, realizándose así la privacidad de la gente.

En el momento en que la muerte deja de ser asociada plenamente con el mal, se ponen en tela de juicio las creencias sobre el pecado, el castigo eterno y el infierno, es así que se empieza a concebir la idea del "Purgatorio" como una instancia de purificación a través de la cual todavía es posible alcanzar el "Más Allá".

En el siglo XVII este tipo de creencias basadas en la fe empezaron a ser opacadas por revolucionarias ideas científicas. Algunos intelectuales decidieron que la determinación de la verdad debía basarse en la observación organizada y definida, para lo cual plantearon nuevas cuestiones y les dieron respuesta a través de métodos fundamentados en la observación más que en la fe. Los inicios de la ciencia moderna se dieron en ese intento de darle al hombre un nuevo lugar en el centro del universo y de desarrollar leyes válidas, científicamente comprobables (Kastenbaum, 1984).

Bajo este contexto se empezó a notar un cambio de actitud hacia los enfermos y moribundos. Todavía en el siglo XVIII, e incluso inicios del XIX, tanto vecinos como amigos y sacerdotes asistían al moribundo y al enfermo en su propia casa. Sin embargo, con los progresos de la ciencia y por ende de la medicina, todo esto comenzó a cambiar. El interés por "morir bien" se sustituyó por el de "vivir bien por el mayor tiempo que se pueda", dejando atrás las ideas del siglo XVI en el que la sociedad se reconfortaba pensando que una buena muerte compensaría toda una mala vida. El objetivo se volvió en "partir olvidando que la muerte existe" (Mannoni, 1992, pág. 36). Por ello los ritos de muerte se fueron simplificando cada vez más, dejó de ser común el enterrar a los muertos cerca de las iglesias, y se exige la represión de la tristeza en vez de su liberación como se hacía en épocas anteriores.

Los problemas se dan no sólo a partir de que el individuo fallece, sino desde que está enfermo o agonizando. El enfermo sabe que va a morir, pero sus familiares fingen ignorarlo; el enfermo se niega a ser tratado como un moribundo y por eso calla; en la mayoría de las ocasiones el médico se ve obligado a mentir sobre la condición real del paciente; y en general se actúa como si la muerte no existiera.

Sin embargo el moribundo necesita de cuidados y atenciones que por lo general no son fáciles de proporcionar, su estado físico poco a poco se va deteriorando y no suele ser agradable a la vista de los demás. Entonces se vuelve una situación muy difícil porque encima de la frustración a la que se enfrenta por tener que morir, se ve abandonado en un

hospital, prácticamente a su propia suerte, esperando en soledad lentamente su propia muerte.

Por otro lado, los que le sobreviven al difunto, pierden todo interés por el mundo exterior, así como de cualquier cosa que le recuerden al muerto. En su depresión y melancolía se refleja lo vacío que le parece el mundo y lo empobrecido que le parece su ser tras la gran pérdida del ser querido. De acuerdo a autores como Alizade (1996), la muerte de "el otro" afecta tanto al sobreviviente, por que en ella ve reflejada su propia muerte. Se da cuenta que no importa cuánto la niegue, en algún momento llegará y deberá partir dejando todo lo que tiene un valor o significado para él.

1.5 La muerte en la Edad Moderna

Independientemente de las diferencias específicas de clases y grupos sociales que hay actualmente en el mundo, existen ciertas características comunes en la estructura de la personalidad de los individuos. Entre ellas se encuentran: un alto nivel de individualización, una fuerte contención de los impulsos instintivos y de emociones fuertes, y una gran tendencia al aislamiento. En esta "soledad" actual es donde las personas buscan con desesperación algo que le de sentido a su limitada existencia en el mundo (Elias, 1989). Todos los deseos, los proyectos, los recuerdos, los afectos y en sí todo aquello que le da ese "sentido" a la vida humana, se encuentra depositado en una de las habilidades intelectuales más importantes que el hombre es capaz de desarrollar y esta es el *lenguaje*.

A partir del lenguaje los hombres son capaces no sólo de moverse entre cosas, sino entre los "significados" de las cosas. De esta forma podemos hablar más allá de la existencia temporal de nuestra vida, podemos hablar del significado de la vida y también "podemos preguntarnos qué es lo que sucede después de la muerte una vez que comprendemos qué es lo que significa para nosotros vivir" (Sádaba, 1991, pág. 33).

Cuando una persona nace, todos los que están alrededor reciben al nuevo ser. La muerte trae consigo otra experiencia trascendente, límite. Ambas situaciones se relacionan con una incógnita: qué es lo que había de ese ser antes de nacer, y qué es lo que pasa con ese ser cuando muere. En ambas cuestiones la respuesta "nada" suele saltar a la luz y sin

embargo, la "nada" antes de nacer no asusta ni genera tantas interrogantes como la "nada" que le sigue al morir.

Thomas (1991), manifiesta que la muerte no es sino un estadio más del ciclo vital, la parte complementaria de la vida, necesaria e inherente a la especie y a la naturaleza. Sin la muerte, habría una sobrepoblación de todas las especies en el planeta y con ello vendrían consecuencias catastróficas para su eterno existir. Desde este punto de vista, la muerte es un fenómeno natural y necesario en todo ser vivo.

Visto de esta forma, el problema de lo "terrible" de la muerte parece entonces no estar en el ámbito biológico, sino en el psicológico y social. La muerte es un problema de los vivos, los muertos no tienen problemas. La muerte resulta "terrible" en diferentes grados para diferentes personas de acuerdo a la actitud, el sentido y/o el significado que le den a su propia vida y a la muerte. Gran parte de esa sensación de desagrado que se tiene con respecto a la muerte recae en la cuestión de "límite" que ella representa, y más concretamente del límite de tiempo. A la mayoría de los seres humanos les parece que nunca tendrán el tiempo suficiente para llevar a cabo todos sus proyectos, para hacer las cosas que les gustan, para convivir con las personas que aman, y en sí, para disfrutar de todo aquello a lo que tienen acceso en vida y que no tendrán después de la muerte.

1.5.1 Los avances de la tecnología

Estamos viviendo una época en la que los proyectos científicos y tecnológicos no tienen que esperar varias décadas para volverse realidad. Ciertamente los inventos que facilitan nuestra vida, las soluciones tecnológicas a nuestras necesidades, las creaciones que nos asombran día a día se desarrollan a pasos agigantados de la noche a la mañana. Parece como si bastara que alguien detectara alguna necesidad para que al otro día existiera una solución nueva para ello.

Los medios de comunicación y transporte se han desarrollado a tal grado que el mantenerse en contacto con personas, instituciones o lugares que se encuentran a larga distancia se ha vuelto cuestión de todos los días, llevándose a cabo de manera tan rápida y sencilla que parece sorprendente. Las máquinas no sólo nos permiten tener diversiones más sofisticadas (como los juegos mecánicos, de computadora o de televisión, el cine, los

conciertos, las superproducciones teatrales, etcétera), sino que también nos facilitan cada vez más las actividades diarias, ya sean del trabajo, de la escuela, del tiempo libre o del hogar.

Las computadoras portátiles, la telefonía celular, el aprovechamiento de la energía solar, el internet, las cámaras digitales, los autos eléctricos, el sensor de movimiento, las prótesis mecánicas, las microcirugías, los trasplantes de órganos, las microondas, los satélites, etcétera, son sólo algunos ejemplos del desarrollo que se ha llevado a cabo en los últimos años.

Todo este crecimiento tecnológico y científico ha ayudado al hombre a evolucionar como especie, preparándolo cada vez más para enfrentar de mejor manera las adversidades que se le puedan presentar, permitiéndole ejercer un control sobre las cosas, las personas y la naturaleza, de una forma como no se había visto antes. Sin embargo, hay un punto en especial en el que todos sus esfuerzos se ven limitados por algo sobre lo que no tienen ningún control y este es la muerte. ¿Cómo lograr que la gente deje de morir?. Es verdad que en el área de la medicina se han tenido grandes descubrimientos que permiten no sólo mejorar las condiciones de salud de los individuos, sino que por ende: prolongar un poco más su periodo de vida. Pero eso no nos lleva más que a cuestionarnos aún más sobre la inevitabilidad de la muerte y sus secuelas. El hombre tiene ya el control sobre muchas cosas, incluso sobre la vida (con los avances de la ingeniería genética, la clonación, e inseminación artificial por ejemplo) pero no tiene pleno control sobre la muerte. Al respecto menciona Thomas: "la muerte sigue siendo indeterminable. A la certidumbre del morir se opone la incertidumbre del acontecimiento" (1991, pág. 23), pero nos alienta recordando que el progreso de los conocimientos biológicos y epidemiológicos hacen posible determinarla científicamente, ya se trate de muerte natural, de accidente mortal o de suicidio.

Desgraciadamente, todos estos avances de la tecnología han provocado en el mundo occidental, un énfasis del campo científico versus el campo teológico (Toynbee, 1968 citado en Espinosa, 2000), trayendo como consecuencia un empobrecimiento de las creencias conceptuales profundas, sostén filosófico y religioso que ayudaba al hombre a trascender y soportar la muerte personal. La muerte se aisló de sus tradicionales rituales y entró a la despersonalizada tecnología (Weisman, 1975 citado en Espinosa, 2000). La

doctrina protestante moderna de la muerte total ha reemplazado las antiguas ideas de la inmortalidad del alma, de manera tal que cuando el hombre moderno busca una perspectiva de plenitud para su existencia, se ha privado de la "utopía" que es la esperanza (Meyer, 1983).

1.5.2 El papel de la medicina

La medicina es una de las áreas que más se ha beneficiado con los avances de la tecnología, y como ya lo decíamos anteriormente, este desarrollo ha permitido en muchos casos mejorar las condiciones de vida de las personas enfermas o de edades muy avanzadas. Aparte de la dificultad que existe en las familias de la actualidad para hacerse cargo de sus enfermos, ancianos y moribundos, estos adelantos han popularizado al hospital como el sitio más adecuado para morir.

No obstante los médicos no están preparados en absoluto para ayudar psicológicamente a los enfermos en sus últimos días. Para el cuerpo médico el prolongar la vida lo más que se pueda, sin importar que sea a través de una vida vegetativa, se ha convertido en la labor más importante dentro de un hospital. La muerte deja de ser un fenómeno natural necesario, y deja de pertenecer al que va a morir o a su familia, ahora se encuentra organizada por una burocracia que la trata como algo que le pertenece (Horgan, 1996 en Blanck y Cerejido, (1997) y se considera un fracaso, una falla del sistema médico (Mannoni, 1992).

La muerte en el hospital es a fin de cuentas, la muerte programada, organizada, planificada por una institución que hace de ella su objeto, mismo que no debe turbar las condiciones generales del lugar. La muerte sólo se admite con la condición de que se encuadre en el orden de los procedimientos preestablecidos (Thomas, 1991).

1.5.3 La muerte en la sociedad occidental actual

Las condiciones en que se da y las actitudes con las que se enfrenta a la muerte tienen ciertas características en común en la sociedad occidental como lo veremos a continuación.

Las causas de muerte han ido cambiando a través de la historia de la humanidad. Tiempo atrás, las enfermedades infecto-contagiosas, a manera de epidemias mataban a miles de personas en cuestión de días. Enfermedades como la tuberculosis, diarrea y enteritis, o cólera eran las principales causas de muerte alrededor de los años sesenta (Blanck y Cerejido, 1997). Sin embargo con el paso de los años y con los avances en vacunas, medicinas y medidas preventivas, este tipo de enfermedades prácticamente se han erradicado. Surgen en cambio, como resultado de las nuevas condiciones de vida y patrones de conducta inadecuados una nueva serie de enfermedades y situaciones, que conforman las causas de muerte actual. El estrés diario, los malos hábitos alimenticios, la contaminación y destrucción del ambiente, el descuido personal, etcétera, provocan al hombre occidental enfermedades del corazón, tumoraciones malignas, trastornos del aparato respiratorio, accidentes y hasta suicidios son sólo algunos ejemplos (Thomas, 1991).

Por lo general en los países urbanizados e industrializados, las personas mueren a edades cada vez más avanzadas en hospitales lejos de su hogar. Sin embargo, no todos se benefician por igual con los progresos de la medicina. Un factor determinante es el económico: la atención médica, las instalaciones y los medicamentos necesarios para atender ciertas enfermedades suelen ser muy costosos, por lo que sólo quienes tienen los ingresos suficientes pueden recibir el tratamiento adecuado, cosa que no sucede mucho en sociedades pobres o países subdesarrollados.

En las sociedades desarrolladas, la representación de que la muerte es el final del proceso natural, permite a las personas mantener alejado de ellas durante gran parte de la vida, el pensamiento de la propia muerte, de manera que aunque el peligro de morir se encuentra vigente, es posible olvidarlo (Eliás, 1989). Esta actitud ayuda mucho a tranquilizar y a amortiguar la inquietud de los individuos.

1.5.4 La muerte en el lenguaje

Ya decíamos en un principio que en el lenguaje se depositan todos los deseos, anhelos, recuerdos y proyectos que dan sentido a la vida. Sádaba (1991) nos explica que de la misma forma, la muerte se encuentra inscrita en nuestro lenguaje; como modo de comunicación, como expresión de horror, amenaza, chiste, exclamación o negación. El

autor manifiesta que a través de tales expresiones se logra desdramatizar un poco la muerte, porque en la mayoría de los casos, aunque se esté hablando de ella, en realidad no se reflexiona al respecto. De manera como si al hablar mas de ella, se le pensara de forma menos obsesiva. Con esto se busca que la muerte se vuelva un aliado y no un enemigo para que nos permita tener una vida más llevadera.

Por otro lado, la muerte también se hace presente en el lenguaje a través del silencio. Como una omisión con el fin de poder olvidarla. Y es que en general existe miedo a hablar de la muerte, en especial cuando se trata de la propia. De hecho al hablar del verbo "morir", se pierde todo sentido al conjugarlo en tiempo pasado en la primera persona del singular ("yo morí"); y cuesta mucho trabajo decir "yo moriré" (Poteat, citado en Sádaba, 1991). Realmente nos referimos con mayor libertad a las muertes que nos resultan muy apartadas.

De acuerdo con el autor, esto no debiera ser así, ya que "un lenguaje que sabe tratar con dulzura a la muerte y que al mismo tiempo, se resiste a banalizarla, es la mejor manera de expresar el sentido que hemos de dar a la vida, por mucho que ésta no se separe nunca de la muerte (...) El lenguaje en suma, es uno de los lugares en donde debemos ejercitar nuestro saber sobre la muerte" (Sádaba, 1991 pág. 23).

Una de las formas en que las sociedades han ejercitado su saber sobre la muerte a través del lenguaje es con la creación de religiones, historias y leyendas que en cierta medida permiten satisfacer su curiosidad sobre ella y desarrollar estrategias para posponerla, todo esto en el afán por disminuir la angustia que genera la certeza de la muerte y la incertidumbre de lo que pasará después (Blanck y Cerejido, 1997).

1.5.5 La muerte prohibida

Dentro de los valores de felicidad, poder y lucro que las sociedades industrializadas fomentan, no entra todo aquello relacionado con lo desagradable, el deterioro, el desgaste, lo grotesco, deprimente y caduco. Sobre dichos aspectos tiende a haber el fuerte rechazo que ha convertido desde hace un tercio de siglo a la *muerte familiar* en algo vergonzoso para nuestra sociedad occidental moderna.

Este rechazo se manifiesta a través de una desritualización, desimbolización y profesionalización de las conductas funerarias. A diferencia de épocas pasadas en las que los propios familiares eran los encargados de limpiar, cuidar y asistir al muerto, en la actualidad todo esto se deja en manos de ciertos "profesionales" en la materia, existen agencias especializadas en todo el tratamiento relacionado con el muerto, desde su limpieza y preparación hasta su transporte y sepultura. Ahora se maquilla a los muertos en ese afán de negar la muerte y simular que la persona está "durmiendo". No se les permite a los niños tener contacto con los muertos, se les esconde y se niega a platicar con ellos al respecto. Los mismos sentimientos de dolor que en la antigüedad se expresaban con tanta libertad, ahora son reprimidos, rechazados y ocultados de los demás, esperándose que el resto de la gente haga lo mismo.

Los discursos sobre la muerte, por ejemplo, revelan los esfuerzos por atenuar la angustia y alejar a la muerte: en el lenguaje corriente abundan expresiones donde se hace burla de ella; en el lenguaje científico se la reduce a un hecho biológico eventualmente controlable; pero sobre todo, los medios de comunicación se encargan de difundir un discurso que tiende a trivializar y ocultar la dimensión esencial de la muerte, a través de notas que hablan de muertes anónimas y lejanas, de interés estadístico o anecdótico, muertes espectaculares cuya repetición disminuye la repercusión emocional y cuya magnitud las diferencia radicalmente del drama vivido.

La muerte en la actualidad es considerada una agresión venida desde fuera, que tanto una mejor medicina (capaz de suprimir la vejez y la enfermedad) y una mejor sociedad (que impedirá la guerra y el crimen) terminarán por evitar (Alizade, 1996 y Thomas, 1991).

CAPÍTULO 2

CONCEPCIÓN DE LA MUERTE EN MÉXICO

Hemos visto cómo el concepto, las costumbres, ritos y actitudes con respecto a la muerte han evolucionado a través de la historia de la humanidad hasta nuestros días. Es momento de que profundicemos un poco más cómo es que se fue dando este proceso específicamente en nuestro país México.

2.1 Cosmovisión del hombre mesoamericano

A lo largo de la historia, las culturas han desarrollado fundamentalmente tres tipos de mitos: 1) el cosmológico o de la creación del mundo, 2) el antropogénico o de la creación del hombre y 3) el de la trascendencia, lleva al hombre que se resiste a morir, a buscar una proyección al más allá (Zarauz, 2000).

Para el hombre mesoamericano, en el universo hay tres niveles: 1) el central, la tierra, lugar donde el hombre habita, 2) el superior o de arriba, nivel celeste que a su vez se divide en trece estratos y 3) el inferior o de abajo, el inframundo que también se divide en nueve subniveles, donde el último de los cuáles es conocido como Mictlán. Después tenemos los cuatro rumbos del universo, mismos que coinciden con los puntos cardinales. Aquellos hombres creían que toda esta estructura había sido elaborada y se encontraba mantenida y controlada directamente por los dioses. (Enriquez, 2000 y Duverger, 1999).

Así mismo se encuentran bastantes coincidencias en la concepción que tenían sobre la muerte, en especial las descripciones del ultramundo, cultos y ritos funerarios. Esto se debe a que se trataba de comunidades de agrícolas y guerreros, cuyas preocupaciones, ideas y necesidades de comprensión del mundo, la agricultura, la naturaleza, la vida y la muerte encontraban explicaciones similares.

Otro punto importante –tal vez el central- dentro de las creencias de los pueblos mesoamericanos es el concepto de *dualidad*. Este concepto se basa en el principio de unidad, en el que los elementos de la dualidad no existen uno sin el otro ya que son complementarios (op. cit.). Los pueblos antiguos llegaron a esta conclusión mediante la

observación de la naturaleza. Se dieron cuenta de que para el día, existe la noche, y que mientras hay una temporada del año en la que todo reverdece, las plantas crecen, se dan los frutos y las flores; hay otra en la que todo se seca, las semillas no dan frutos y en general predomina la muerte. Observaron también que todo esto es un ciclo: hay vida, llega la muerte, y también vuelve la vida, algo así como el ciclo de: vida-muerte-resurrección. De esta manera vida y muerte son partes complementarias de una dualidad. Este descubrimiento los llevó entonces a la creación de diversos ritos: en el tiempo de la producción agrícola y durante la sequía se llevaba a cabo el culto a los dioses guerreros y a las deidades femeninas, a las matronas; era tiempo del culto a la muerte y a la guerra.

De la observación de este fenómeno y el descubrimiento de esta dualidad es de donde nace la concepción del sacrificio humano. Dice Enriquez (2000): “la sangre es un elemento vital: si perdemos nuestra sangre morimos; en ella está asociada la vida y la muerte al mismo tiempo” (pág. 12). De esta manera, el hombre realizaba ofrendas con lo que más preciaba en el mundo: su vida, y la ofrecía al dios que la necesitara para que su movimiento no se detuviera. En ese acto se manifestaba que de la muerte del hombre se generaba vida, que de la muerte viene la vida y de la vida viene la muerte. Un ejemplo significativo de esta creencia es que los huesos eran concebidos como semillas, una idea que se encuentra presente hasta la fecha en el vocabulario de las frutas de México (Ochoa, 2001).

Esta concepción del mundo, de la vida y de la muerte es la que por lo general se encuentra en toda Mesoamérica, con algunas variantes de acuerdo a cada región, mismas que describiremos a continuación mediante un recorrido por las costumbres y creencias de los pueblos más importantes que vivieron en el México antiguo, cómo se entremezclaron tras la conquista española, la manera en que les afectó la Revolución y cómo se conciben en la actualidad.

2.2 La muerte en el México Antiguo

El culto a la muerte y los ritos funerarios, constituyen en México la tradición ancestral de una sociedad cuya vida resultaba dura, llena de esfuerzos y privaciones, en la

que la muerte por enfermedad o guerra se encontraba continuamente presente. Veamos pues, cómo se desarrolló esta concepción en el pueblo azteca, el maya, tarasco y zapoteca.

2.2.1 La muerte entre los aztecas

Los aztecas (o mexicas), dominaron el centro y el sur de nuestro México, desde el siglo XIV hasta el XVI y son reconocidos por haber establecido un imperio altamente organizado, que fue destruido por los conquistadores españoles y sus aliados tlaxcaltecas.

Se cree que el nombre de "azteca" viene de un lugar mítico, llamado Aztlán, situado posiblemente al norte de lo que hoy es México. Posteriormente se autodenominaron mexicas (Encarta, 2000).

Según cuenta la leyenda, Huitzilopochtli, dios de la guerra y del sol, indicó a los aztecas que debían caminar desde Aztlán hasta encontrar a un águila parada en un nopal devorando una serpiente, símbolo que señalaría el lugar en el que debían detener su marcha y fundar lo que sería la capital de su imperio; hecho que debió suceder a principios del XIV de la era cristiana (Solís y Gallegos, 2000).

Este pueblo prehispánico fue de los que más desarrollaron el culto a los dioses y la muerte, quizá por ser una sociedad guerrera en plena expansión. Los aztecas creían que el Templo Mayor se encontraba en el ombligo del mundo, de donde partían las cuatro direcciones del universo. Creían que *arriba*, se encontraban los trece cielos, en el último de los cuáles habitaban los dioses creadores: Tonacatecuhtli y Tonacacihuatl; y que *abajo*, estaban los nueve inframundos y que en el último de ellos, al que llamaron Mictlan, vivían Mictlantecuhtli y Mictecacihuatl, señores del lugar de los muertos (Matos, 1989).

De acuerdo con el mito de la creación de los cinco soles, durante el primero de ellos, los hombres fueron cenizas y el agua terminó convirtiéndolos en peces; bajo el segundo sol, los hombres eran gigantes que si se llegaban a caer, no podían volver a levantarse. En el tercer sol, los hombres fueron convertidos en guajolotes; en el cuarto, en hombres-mono, y por último, en el quinto sol, los hombres se crearon de los huesos de otros hombres. En general se puede observar que los hombres fueron creados por dioses, de su sacrificio y su sangre; de esta manera se observa la dualidad de la religión azteca, la doble identidad de los dioses: la vida de los hombres surge del inframundo, de los huesos,

de la muerte de la divinidad. Así encontramos en los aztecas, la idea común con la mayoría de los mesoamericanos, de que la existencia era un ciclo entre opuestos, generándose entre los hombres una percepción dual (luz-tinieblas, día-noche, cielo-tierra, vida-muerte), que incluía a los propios dioses, quienes tenían cualidades tanto positivas como negativas (Zarauz, 2000).

Al respecto nos dice Octavio Paz en *El laberinto de la soledad* (citado en Tierra Adentro, 2000) "para los antiguos mexicanos (...) la vida se prolongaba en la muerte. La muerte no era el fin natural de la vida, sino fase de un ciclo infinito. Vida, muerte y resurrección eran estadios de un proceso cósmico, que se repetía insaciable. La vida no tenía función más alta que desembocar en la muerte, su contrario y complemento" (pág. 3).

Es de gran importancia señalar, que los aztecas no concebían la muerte como una cuestión de premio (cielo) o castigo (infierno), como sucede en el catolicismo. Se pensaba que cuando una persona moría, su alma o *teyolia*¹, tomaba diferentes rumbos en función del tipo de muerte que haya tenido y no del comportamiento que haya tenido en vida.

Creían en la existencia de Tlaltecútlí, el gran devorador de cadáveres. Se pensaba que cuando alguien moría, Tlaltecútlí, se comía la carne y parte de la sangre del individuo para después parirlo nuevamente con el fin de que pudiera llegar a su nuevo destino (Enriquez, 2000).

Había tres lugares o destinos para la teyolia del que moría. La primera de ellas era la *Casa del sol* u *Omeyocan*, paraíso del sol regido por Huitzilopochtli, lugar de permanente gozo, donde las flores nunca se marchitaban. Aquí sólo llegaban aquellos que morían en guerra, los cautivos que eran sacrificados y las mujeres que morían al dar a luz. Este cielo garantizaba la trascendencia de los difuntos, ya que después de cuatro años, las almas de éstos muertos se convertirían en aves de preciosos plumajes que chuparían de las flores del cielo y de la tierra. Es por esta razón que los hombres de ese tiempo deseaban morir a filo de obsidiana. Matos (1989), explica que ésta concepción responde a posiciones ideológicas de una sociedad que requería del guerrero para su supervivencia.

El segundo lugar o destino de los muertos era el *Tlalocan* o paraíso del dios de la lluvia: Tlaloc. El Tlalocan era concebido como el lugar del verano permanente, repleto de frutos y plantas siempre verdes. Aquí llegaban las almas de todos aquellos que morían de

¹ Matos M., E. (1989). *Los aztecas*. Barcelona: Lunwerg Editores S. A.

alguna forma relacionada con el agua: como los ahogados o hidrópticos, o bien para los niños que morían sacrificados a Tlaloc.

El tercer lugar para los muertos era el Mictlan, lugar al que iban todos los que morían de muerte natural sin importar su condición social. Se trataba de un lugar muy oscuro, sin ventanas, del que no saldrían jamás las almas de los muertos. Sin embargo, para poder llegar a él, el camino se hacía mucho muy complejo, pues durante cuatro años debían atravesar por nueve lugares o estadios en los que se topaban desde con sierras que chocaban entre sí, hasta el lugar del viento frío de navajas. Al final del camino debían cruzar el Chichonahuapan, ayudados por un perrito de pelo bermejo con el que al morir eran enterrados. Cuando llegaban ante Mictlantecuhtli, le ofrendaban cañas de perfume, algodón, hilos colorados y mantas.

Mictlantecuhtli y su mujer Mictlantecacihuatli, deidades del inframundo, se encuentran en varias representaciones gráficas como códices, inscripciones y esculturas; en ellas el dios de la muerte es representado con el cuero cubierto de huesos humanos y el rostro con una máscara en forma de cráneos, con el cabello encrespado, negro y decorado con ojos estelares². Lleva como oreja un hueso humano y los animales a los que se le asocia son la araña y el búho (Zarzau, 2000).

Enriquez (2000) encuentra que el Mictlán también estaba relacionado con los mitos sobre las siete cuevas, donde cada una de ellas era un vientre que pariría pueblos. De esta manera el Mictlán no era sólo un sitio de muerte, sino también representaba la matriz que da vida.

Para algunos autores, un cuarto lugar o destino de las almas de los muertos sería Chichihuacuauhco, a donde iban los niños muertos. Se creía que ahí había un árbol de cuyas ramas gotcaba leche con la que los niños se alimentaban. También se pensaba que estos niños volverían a la tierra al momento en que la raza que la habitaba fuera destruida; una vez más encontramos que la muerte generaba vida.

Desde épocas ancestrales, los entierros ocuparon un lugar importante en la historia de las culturas prehispánicas de México.

A pesar de que entre los aztecas la mayoría de los cadáveres eran incinerados, los entierros se realizaban de la siguiente forma: primero se colocaba el cuerpo del fallecido en

² Puesto que habita en un lugar de completa oscuridad.

posición fetal y después se le envolvía con papeles y adornos; luego a manera de corazón se les colocaba en a boca un *chalchihuite*³ si se trataba de un noble, o una piedra azul llamada *texoxoctli* si era una persona del pueblo. Luego se le cortaba al difunto el pelo de la coronilla, bajo la creencia de que ahí estaba su *tona* y se sacrificaba al perro color bermejo que lo ayudaría a cruzar el río Chiconahuapan para llegar al Mictlan. Por cuatro días consecutivos se ofrendaba comida al difunto en el lugar donde había sido quemado y al terminar el período, se hacía una ceremonia cuyas características iban a depender del tipo de muerte y la posición social del fallecido. Normalmente se enterraba a la gente en un cuarto de la casa, aunque las cenizas de los *tlatoanis* se enterraban en el templo de Huitzilopochtli. Posteriormente se realizaban ceremonias a los veinte, cuarenta y ochenta días para después hacerse, cada año.

Zarauz (2000), describe la manera en que se llevaban a cabo los ritos funerarios en función de su clase social. Menciona que si se trataba del entierro de un principal, se envolvía el cadáver con plumas, mantas y dos o cuatro esclavos, quienes eran enterrados vivos con sus piedras de moler maíz, comida y riquezas (de acuerdo a su clase), con el fin de que le hicieran de comer en su trayecto al inframundo. A los mercaderes se les enterraba vestidos y envueltos en mantas y plumas, con piedras preciosas, pieles, joyas, plumas y comida, puesto que éstas eran las mercaderías que trataba.

Cuando se realizaba el funeral de un guerrero, se visitaba a las viudas para informarlas y consolarlas; la ceremonia se llevaba a cabo en la plaza, con ancianos que entonando himnos fúnebres, cantaban en tono lastimero romances de la muerte. Como los guerreros en campaña eran hijos del sol, la ceremonia se dedicaba a éste último. Al cabo de cuatro días, formaban figuras con palos que semejaban al muerto; los ojos y boca se simulaban con papel y les ponían plumas y orejeras. Estas figuras eran colocadas en un salón, donde las viudas iban a ofrecerles comida y tortillas, regaban el suelo con rosas y encendían copal. Para darle fin a la ceremonia, se encendían las figuras en una gran hoguera mientras las viudas lloraban a su alrededor y los ancianos daban palabras de consuelo.

En el caso de los *tlatoanis*, se hacían grandes banquetes, mataban a los esclavos del difunto para que lo acompañaran y sirvieran en el otro mundo; se construía una tumba muy

³ Piedra verde que podía ser jade, jadeíta o esmeralda.

alta llamada *tlacohacalli* y otra *tzihuacalli*, lugar en el que se colocaba el cuerpo del gobernante, al que se le enterraba con sus joyas, oro y plata, mantas, plumas, etcétera. Luego se hacía una larga procesión junto con las viudas, parientes y amigos, acompañados de sacerdotes que cantaban melodías tristes. Al final el cadáver era incinerado en llamas aromadas con copal y se realizaban ceremonias durante los siguientes ocho días.

A las mujeres que morían dando a luz se les enterraba cuando el sol se ponía en el patio del *cu* (palacio), pues tenían el honor de acompañarlo hasta su ocultamiento. La muerte de estas mujeres daba tristeza pero a la vez alegría a los familiares porque no iban al Mictlan, sino a la casa del sol, lo que significaba un verdadero honor.

Por su parte al hombre común se le enterraba vestido y envuelto en mantas y plumas y papel, con jícaras de carne de gallina o carne guisada, maíz y frijoles, para que tuviera comida durante el camino.

Al concebir la muerte como parte de un ciclo constante, los aztecas consideraban que para que los dioses vivieran, era necesario un pago, que era el que los hombres que eran hechos prisioneros en una campaña militar fueran sacrificados. El ofender niños tenía un significado especial, pues se creía que las lágrimas de los niños y de los que observaban el sacrificio, garantizaban las lluvias y buenas cosechas.

Normalmente los sacrificios estaban ligados a ritos agrarios, pues el derramamiento de sangre era interpretado como un acto de fertilización de la tierra.

De entre la gran cantidad de fiestas que celebraban los aztecas, había dos a las que fray Bernardino de Sahún llamó fiestas de las *veintenas novena y décima* (Zarauz, 2000). En la primera de ellas, denominada *txochimaco*, se realizaba hacia el 16 de julio la *miccailhuitontli*, o fiestecilla de los muertos, dedicada a los niños muertos y a manera de preparación para la siguiente veintena consagrada a los muertos adultos. La fiesta iniciaba cuando se cortaba el *xócotl* del bosque, un madero al que le quitaban la corteza y alisaban para ponerle después adornos de flores. Tanto el pueblo como los señores principales ofrecían al madero. Al siguiente día se elevaba el *xócotl* y se dejaba en pie por veinte días.

La décima fiesta o *uey micca ilhuil* (fiesta grande de los muertos) se dedicaba a los muertos adultos y se celebraba el 5 de agosto, cuando se decía que el *xócotl* se derrumbaba. En esta fecha se realizaban procesiones que terminaban en círculos de personas alrededor

de un árbol y luego daban vueltas en su rededor por la noche, hora en la que se sacrificaban muchos hombres y preparaban grandes comidas. Era una celebración muy solemne en la que posteriormente ponían un gran pájaro hecho de masa de bledo y encendían una hoguera frente al xócotl y seguía una danza cuyos ejecutantes lucían plumas y cascabeles. Al final los jóvenes subían al palo para arrancar la figura de bledo, tiraban el xócotl y de esta manera concluían las festividades.

Sin embargo, Zarauz (2000) observa que a pesar de existir una preparación mística para aceptar la muerte, al considerársele como una parte más del ciclo dual vida-muerte y el tránsito a un estadio mejor, la verdad es que a los aztecas les provocaba una profunda angustia la posibilidad de morir.

2.2.2 La muerte para los mayas

La civilización maya se extendió por toda la península mexicana de Yucatán y algunas zonas de lo que hoy es Guatemala, Honduras, El Salvador y Belice. La historia de esta civilización comprende tres periodos: 1) el preclásico o formativo, que inició alrededor del 1500 a. C.; 2) el clásico, que abarcó del 300 al 900 d. C.; y 3) el posclásico, que duró desde el 900 d. C. hasta la llegada de los españoles a principios del siglo XVI (Encarta, 2000).

Los mitos cosmológicos de los mayas como los conocemos hoy en día, devienen del análisis y la comparación de textos indígenas coloniales, de entre los cuáles se destacan: el *Popol Vuh* de los quichés⁴, el *Memorial de Sololá* de los cakchiqueles⁵ y los *Libros del Chilam Balam* de los mayas yucatecos (Arellano, Ayala, De la Fuente, De la Garza, Olmedo y Staines, 1997).

De acuerdo con estas fuentes, los mayas consideraban que el universo estaba conformado por tres grandes ámbitos: el *cielo*, la *tierra* y el *inframundo*. El cielo estaba dividido en trece estratos horizontales que daban la forma de pirámide escalonada, donde se encontraban los rectores *oxlahuntikú* (trece deidad), los astros y los animales diurnos y

⁴ Grupo étnico amerindio de la familia lingüística maya que vive actualmente en las montañas de Guatemala occidental y cuya antigüedad data del siglo XVI.

⁵ Pueblo indígena americano que pertenece al grupo lingüístico quiché y que habita en los departamentos de Chimaltenango, Sololá y Sacatepéquez en Guatemala.

solares, como venados o aves de vistosos plumajes. La tierra, el espacio humano por excelencia, se imaginaba como una superficie plana cuadrangular que flotaba sobre el agua y se dividía en cuatro sectores, donde cada uno de los cuáles tenía como símbolos un color, un árbol sobre el que se posaba un ave, un tipo de maíz y un tipo de frijol. Los mayas creían que el cielo estaba sostenido por árboles al lado de deidades antropomorfas, llamadas Bacabes. El inframundo por su parte, también se concibió como una pirámide, sólo que ésta constaba de nueve cuerpos y tal vez se encontraba invertida; aquí habitaban los *bolontiki* o deidades del lugar, así como los muertos y los animales que correspondían al lado nocturno y oscuro del cosmos, como los murciélagos, búhos y jaguares (Arellano y cols., 1997, Valverde, 2000 y Zarauz, 2000).

Los mitos mayas también hablan de una gran ceiba verde ubicada en el centro del universo, la "Gran Madre Ceiba"⁶, que atravesaba los tres planos: las raíces llegaban al inframundo y su copa traspasaba los planos celestes, funcionando así como vía de comunicación de los tres planos, ya que a través de ella transitaban las distintas deidades y seres, llevando la energía fría del mundo subterráneo hacia arriba y la caliente del supramundo hacia abajo (op.cit.).

Aunque había dioses característicos de cada uno de los tres niveles del universo, algunos tenían la capacidad de trasladarse por los distintos espacios cósmicos, razón por la que podían adquirir también cualidades positivas o negativas para el hombre, como el caso del dios Chaac (equivalente a Tláloc), quien podía enviar lluvias, sequías o inundaciones, pero también ayudaba en el ciclo agrícola. No obstante había dioses considerados benévolos y otros cuyos atributos malévolos causaban la muerte, destrucción, sequía y hambre. De esta forma se daba la lucha entre el bien y el mal. Los dioses podían tener tanto rasgos humanos como animales, así como portar motivos vegetales específicos y muchas veces todos esos elementos en conjunto.

En el nivel celeste podemos encontrar a Kinich Ahau, dios del sol e Ixchel, diosa de la luna, quienes marcan los ritmos de la vida; a Hunab Ku, deidad a la que sólo se le rendía culto en los casos de grandes calamidades provenientes de regiones celestes; a Itzamná que es el espacio celeste y simboliza la energía fecundante del universo; y a Chaac, la lluvia, considerada igualmente sagrada. En el plano terrestre hay una gran cantidad de dioses,

⁶ Árbol que alcanza 40m de altura o más, de hojas palmadas y grandes flores acampanadas.

además de la Gran Madre Tierra, como los Señores del monte y de los animales (protectores de la naturaleza), y el dios del maíz (Valverde, 2000).

Finalmente, en el nivel más profundo del inframundo se encontraba el dios de la muerte, Kisin, quien también es conocido como: Huahau, Hun Ahau, Cumhau, Cum Ahau, Yum Cimil o Ah Puch. A éste dios se le encuentra representado en los códices desnudo y con la columna vertebral visible, las apófisis exageradamente salientes, con una calavera en la cabeza, manchas de círculos negros en el cuerpo que sugieren la descomposición de la carne y el abdomen hinchado, con adornos de cascabeles (Arellano y cols., 1997, Valverde, 2000 y Zarauz, 2000).

Los mayas concebían tres destinos para las almas de los muertos, dependiendo del tipo de muerte que hubieran tenido: el Cielo, lugar de abundancia y reposo estaba reservado para los guerreros y las mujeres que morían al dar a luz; el Paraíso de la Ceiba, lugar en el que se continuaba con los placeres terrenales, destinado para los ahogados o muertos en relación con el agua, y el Inframundo a donde iba la gente ordinaria al morir. Se pensaba que los suicidas tenían un lugar reservado en la mansión de la diosa Ixtab, que era un lugar de descanso. En ese entonces, el suicidio era considerado el grado máximo de sacrificio y no tenía una carga moral negativa (Benavides, De la Garza, Matos, Nalda y Staines, 1998 y Zarauz, 2000).

Hubo diferentes técnicas de disposición del cadáver: la inhumación, la cremación y tal vez el abandono. Las fosas iban desde un hoyo en la tierra, hasta grandes cámaras funerarias construidas como bóvedas, así como encontramos enterramientos bajo los templos y casas, en cuevas, grietas o agujeros de rocas, en *chultunes*⁷ abandonados, en vasijas o urnas enterradas y en cenotes. Junto a los cuerpos se colocaba una gran diversidad de objetos: herramientas, armas, cerámica, obsidiana, hueso, jade, cascabeles de cobre, instrumentos musicales, figurillas de deidades, esqueletos completos, partes de animales y códices u objetos rituales en el caso de tratarse de sacerdotes. A los nobles se les enterraba con amuletos, joyas, vestidos y un perro. Cuando se trataba de personajes muy importantes, se sacrificaban esclavos para que no les faltaran servidores en la otra vida. Todo esto nos manifiesta que los mayas creían que el espíritu tendría una existencia semejante a la

⁷ Depósitos de agua o granos.

terrenal y que conservaría su identidad durante su viaje hacia el sitio destinado por el tipo de su muerte (Arellano y cols., 1997, Benavides y cols., 1998 y Zarauz, 2000).

Los ritos funerarios dedicados a los nobles, grandes señores y caciques, se desarrolló a tal grado que se construyeron lugares sagrados, necrópolis y sitios específicos para los entierros, como la famosa ciudad de Palenque, en la que se conserva una enorme cripta que se construyó especialmente para el reposo eterno del rey Pakal; o la imponente ciudad de Toniná, donde se erige el Templo de la Muerte, el edificio más alto del México prehispánico y en cuya base hay representaciones del inframundo maya, que incluye al Señor de los Murciélagos, varios seres descarnados y el jaguar del inframundo.

Por su parte, a los personajes principales se les incineraba y las cenizas, colocadas en una urna eran depositadas en las pirámides o en alguna estatua de barro. A los menos distinguidos, se les hacía una estatua de madera hueca para colocar en ella sus cenizas y al común de la población, se les enterraba en el patio de su casa (op.cit.).

De acuerdo con las crónicas de fray Diego de Landa (citado en Zarauz, 2000), a pesar de creer en la inmortalidad del alma y la existencia eterna, los mayas sentían un exagerado miedo por el advenimiento de la muerte y todo el culto que rinden a sus dioses tenía como único objeto propiciarlos para que les dieran salud y vida, y que cuando alguien llegaba a fallecer, sus familiares lloraban todo el día calladamente y en la noche gemían a gritos.

Los ritos que se realizaban hacia los dioses incluían (dependiendo de la ceremonia) cantos, oraciones, procesiones, bailes y representaciones dramáticas. así como la ingestión de comidas y bebidas preparadas para toda la ocasión. Pero de entre estas actividades, la que más sobresalía en importancia eran los sacrificios de animales y humanos. Sacrificio significa "hacer sagrado" y en estos actos lo más importante era el derramamiento de la sangre y la muerte de la víctima, lo cual permitía la liberación de la energía vital. Para los mayas, la sangre humana se consideraba sagrada porque proviene de los dioses; contiene el espíritu o la energía vital de las divinidades, que ellos dieron a los hombres al crearlos y retornará a ellos mediante los sacrificios. La sangre es la vida misma, por lo que el sacrificio sangriento es la entrega de la vida a los dioses para que ellos, a su vez, sigan existiendo y puedan mantener la vida en el cosmos (Arellano y cols., 1997).

La isla de Jaina fue uno de los principales centros ceremoniales mayas, en la que se han encontrado figuras con forma de hombres vestidos de diferentes formas, definiendo distintas clases sociales y actividades. Se cree que con estas figuras se pretendía por una parte demostrar la importancia de esos señores y por otro lado prolongar de alguna forma la continuidad de la vida en la muerte (Zarauz, 2000).

2.2.3 La muerte entre los tarascos

La cultura tarasca o purépecha floreció en el oeste de México desde el inicio del periodo posclásico hasta la conquista española. Su capital, Tzintzuntzan, se ubicaba sobre el lago de Pátzcuaro (Encarta, 2000).

La cosmovisión tarasca comprendía la división del universo en tres partes: el cielo, la tierra y el mundo de los muertos, lugar al que los cronistas españoles equipararon con el infierno. Creían en la existencia de los llamados dioses de mano derecha o del norte y los dioses de mano izquierda o del sur. Los primeros de ellos eran conocidos como dioses primogénitos, los que tal vez eran las almas de sus antepasados, de sus muertos, a quienes les rendían culto diariamente poniendo una taza de pulque, tamales y panes de bledo en las puertas de las casas (Zarauz, 2000).

Los tarascos creían que el lugar de los muertos era un lugar lleno de deleites en el que reinaba la negrura, al que denominaron Pátzcuaro, que significa "donde se tiñe de negro". Este lugar estaba dividido en cinco partes distintas, donde una de ellas era el equivalente al Tlalocan mexicana.

Otra región de los muertos era el Cumiechchúquaro, que significa "donde están los topos", ubicado al sur, en la tierra caliente y sede de todo el mundo subterráneo. Este lugar estaba gobernado por Uhcumo, "topo" o "tusa", ya que se consideraba que todos los animales subterráneos eran representantes del dios de la muerte. De hecho otra deidad asociada con la muerte era una ardilla negra: Thiuime, dios de la guerra que gobernaba un lugar llamado Uarrachiao (op.cit.).

Cuando alguien moría, el cuerpo era adornado con huesos de pescados blancos, cascabeles de oro en las piernas, turquesas en las muñecas y cuello, brazaltes, y orejas de

oro, así como un bezote^h de turquesas. Después se le acostaba sobre mantas de colores y luego se le cubría con muchas plumas largas y ricas, colocando a un lado su arco y flecha. Al igual que los *tlatoanis* aztecas, los *canzoncis* eran acompañados por sus ayudantes y mujeres para que los atendieran en el paso al más allá. Posteriormente se le rendía culto junto con el resto de los muertos en la Hunisperácuaro o fiesta del canto de los huesos, que fungía como fiesta funeraria.

2.2.4 La muerte entre otras culturas prehispánicas

La cultura zapoteca, también conocida como cultura de Monte Albán, dominó el valle de Oaxaca desde el periodo preclásico (año 1500 a. C.) y alcanzó su mayor apogeo aproximadamente entre el año 300 y el 700 d. C. (Encarta 2000).

Antiguamente esta cultura acostumbraba enterrar a sus muertos varias veces, puesto que creían que en el inframundo no se moría del todo, sino que sólo se vivía diferente. Por ello, se les enterraba primero para que se despidiera lo humano del cadáver, se les ponían flores, comida, bebida y su perro para el viaje al Yobaá (el inframundo). Cuando llegaba ahí, el difunto era divinizado y podía regresar a la casa, donde se cavaba una tumba para que ahí regresaran sus huesos durante una gran ceremonia (Zarauz, 2000).

Las urnas funerarias eran recipientes tipo vasos que se decoraban con las imágenes de sus dioses o del mismo fallecido. En el ritual fúnebre se colocaban urnas tanto en la tumba del difunto como en la casa de su familia ya que constituían los objetos centrales de la ofrenda, junto con los demás utensilios, con el fin de que no le faltara al muerto protección divina (Robles, 2000).

Cada uno de los dioses zapotecas eran motivo de mucha reverencia, cantos, ofrendas y sacrificios. Las ofrendas consistían en resina de copal, granos de elote, hierbas benígnas con que los sacerdotes rodean la imagen, y velas de cera de abeja. Algunos de los dioses que se relacionaban con la muerte y el inframundo eran: Pitao Pezelao, dios del infierno y el intramundo; Xonaxi Quecuya, diosa de la muerte; el dios Murciélagos, de la

^h Adorno o arracada que se usaba en el labio inferior.

oscuridad, de la noche y de lo desconocido; y el dios Jaguar, que vigilaba la entrada de las cuevas sagradas y de los templos (op. cit.).

Alrededor del siglo X d. C., los mixtecos tomaron el control de la ciudad de Monte Albán utilizándola como necrópolis, o ciudad de los muertos y se asentaron en ciudades fortificadas como Yagul y Mitla, que fue un importante centro religioso. Ellos crearon recipiente policromos, joyas de oro y piedras preciosas que representaban divinidades de entre las cuales destacaba Mictlantecuhltli, su dios de la muerte.

En 1971, se descubrió en el paraje Veracruzano conocido como El Zapotal, ubicado al oeste de la Laguna de Alvarado, una gran cantidad de vestigios arqueológicos del México prehispánico. El hallazgo corresponde a un santuario dedicado al dios de los muertos, donde se ofrendaron multitud de figuras modeladas en arcilla, así como un centenar de individuos, constituyendo el más complejo y fastuoso rito funerario del que se conserva noticia. El dios de la muerte se encuentra sentado en un trono fastuoso, cuyo respaldo se integra al enorme tocado que lleva sobre la cabeza, donde están presentes cráneos humanos de perfil y cabezas de lagartos y jaguares fantásticos. El señor de los muertos representaba la esencia y la unión de la vida y la muerte, por lo que se le representaba como un muerto viviente; algunas secciones de su cuerpo, el torso, los brazos y la cabeza se mostraban sin carne y sin piel, observándose las articulaciones de los huesos, las costillas y el cráneo (Solís y Pohorilenko, 2000).

Esta representación del dios de la muerte coincide también con la de otras culturas prehispánicas, como las que habitaron la Huasteca⁹, cuyas deidades del inframundo fueron representadas a manera de personajes cuyo tocado luce prominentes cráneos descarnados o bien muestran debajo de la caja torácica el corazón o el hígado de los sacrificados.

Como podemos observar, las diferentes culturas prehispánicas comparten gran parte de sus ritos y concepciones, esto se debe a que se influyeron mutuamente. Es por ello que sus calendarios rituales, fiestas, características de sus dioses, ofrendas,

enterramientos y demás formas funerarias resultan muy parecidos en ocasiones, tal como lo describiremos a continuación.

Dado que se trata de civilizaciones sedentarias dedicadas en gran parte a la agricultura, encontramos el concepto de dualidad como uno de los principios más importantes por los que se rige el universo, los dioses y la vida en la tierra. Estos grupos equiparan el ciclo de la naturaleza de la cosecha-sequia-verdeamiento de las plantas con el ciclo vida-muerte-resurrección.

Consideran que el universo está dividido en tres partes: una superior, que es el cielo, la tierra y otra inferior, el inframundo, lugar normalmente oscuro en donde habitan los muertos.

Se trata de civilizaciones politeístas, en las que se realizan diferentes ceremonias y ritos con el fin de preservar la comunión de los hombres con los dioses. De entre los ritos más destacados encontramos los sacrificios humanos, donde la sangre del sacrificado, alimenta a los dioses quienes de esta forma pueden seguir manteniendo la vida de los hombres. De entre su gama de dioses hay uno o varios que se encuentran estrechamente relacionados con la muerte, el inframundo, los muertos y la obscuridad.

Creer que cuando una persona fallece, una parte de ella (el alma) se desprende del cuerpo y toma alguno de diferentes rumbos dependiendo más de la forma en que falleció que de su comportamiento en vida.

Esta creencia de un viaje después de la muerte repercutía en ciertas prácticas específicas al momento de la inhumación o cremación del cadáver. Normalmente se les enterraba a los difuntos junto con objetos de valor personal, herramientas, imágenes de dioses y hasta animales o personas, con el fin de que su alma se mantuviera protegida y no le faltara nada en su trase al más allá.

Entre las ofrendas mortuorias, se encontraba la llamada ofrenda de fuego, que consistía en un sahumador de barro con sonajas que se apoyaban sobre unas brasas en las que se ponía copal. De acuerdo con las circunstancias de la muerte, se exigían diferentes

⁹ Extensa región que cubría las tierras septentrionales de Veracruz al norte de Tamaulipas y de la Costa del Golfo a las tierras de clima cálido de San Luis Potosí, más allá de la Sierra Madre Oriental.

tipos de ofrenda, mismas que se han conservado hasta nuestros días como observamos en los actuales altares y ofrendas de muertos.

En el mundo prehispánico, el misticismo presidía todos los actos y la percepción de objetos, personas, animales y plantas, llenando todos los ámbitos de la vida de augurios y significados. El rojo, por ejemplo se relacionaba con la muerte, tal vez por asociarse al color de la sangre en el sacrificio o a los fulgores del sol antes de la muerte simbólica durante el crepúsculo. Diferentes animales se relacionaban con la muerte, como los perros, murciélagos, pájaros, arañas, alacranes, búhos o tecolotes. El humo del incienso o copal, muy utilizado en las ofrendas, era concebido como un mediador entre el cielo y la tierra. Las flores por su parte, ocupaban también un lugar especial en los ritos funerarios, ya que estaban permanentemente relacionadas de manera real o metafórica con la guerra y la muerte.

Podemos encontrar en las civilizaciones prehispánicas que el arte que éstas desarrollaban estaba orientado, más que a un fin plástico en sí, a la idea de plasmar en objetos, pintura y canto lo que había detrás de las cosas, es decir a reflejar la esencia de las cosas. Entre la simbología funeraria se encuentra la calavera como el objeto predilecto para la representación de la muerte. Por su parte los poetas trataban de explicar el origen de las enfermedades y la muerte, así como transmitir consuelo y aceptación del carácter pasajero de la vida. Estos poemas, cantos e himnos se caracterizan por el uso de metáforas de flores, jades, plumas, etcétera. En ellos se revela su percepción hacia la muerte, sus angustias, expectativas y reflexiones en torno a ella, los muertos y los ritos fúnebres (Duverger, 1999).

Se puede observar, que a pesar de la convicción que tenían los habitantes de las culturas prehispánicas sobre un más allá después de la muerte, era evidente una perspectiva poco alentadora de desaparición integral que generaba no sólo miedo o angustia, sino también un repudio hacia la muerte. A veces ellos dudaban de la trascendencia y hasta de la misma existencia de sus dioses, es por ello que en sus poemas, era donde mostraban claramente su inconformidad ante un final tan poco confortante, o bien desaliento y en ocasiones hasta rechazo a los dioses injustos. Manifestaban una gran resistencia, negación y rechazo a la muerte definitiva, en donde la única salvación parecía entonces ser la muerte

florida, la muerte en batalla, al filo de la obsidiana, la que garantizaba la trascendencia y de alguna manera el "paraíso".

2.3 La muerte en la Época de la Colonia en México

No se podría entender lo "mexicano" de nuestras tradiciones fúnebres, si no se tomara en cuenta la otra gran parte de nuestras raíces: la española. Y para poder entender la manera en que ambas culturas, la prehispánica y la española se entremezclaron, es necesario conocer un poco más sobre los antecedentes y el contexto histórico que vivía España al momento de llegar a tierras Americanas.

2.3.1 La concepción de la muerte en Europa y España

La Europa medieval se distinguió por las constantes guerras internas y externas, entre los siglos V y XV. Fue asolada por plagas, epidemias y enfermedades como la peste, cólera, desnutrición y hambre, fenómenos que atacando diariamente a la población generaron una mentalidad específica donde la muerte ocupaba un lugar central, constante y abrumador, en los diversos aspectos de la vida diaria (Encarta, 2001).

A partir del año 1350, la sensibilidad católica acentuaba su interés por la agonía y el tránsito de las almas al más allá; al momento en que las representaciones de la muerte se incrementaban a través de diferentes medios de expresión artística. Las imágenes de esqueletos y cráneos en los entierros aparecieron desde el siglo XV en esculturas y pinturas y se extendieron por toda Europa como los símbolos más representativos de la muerte (Alizade, 1996, y Blanck y Cerejido, 1997).

Para ese entonces los entierros eran cotidianos y generalmente se incineraban montones de muertos para evitar que se extendieran las enfermedades, sin embargo, si se trataba del fallecimiento de personajes famosos, se realizaban majestuosos funerales. Se trataba entonces de la concepción que en el primer capítulo denominábamos como *muerte propia*.

Todo esto llevó a que la religión se convirtiera en un refugio que aliviaba las penas provocadas por la muerte, y permitió a la Iglesia conseguir un poder muy importante en muchos ámbitos más aparte del religioso.

Bajo este contexto, a finales del siglo XV, se estableció la religión católica en España, estableciendo así que los ritos funerarios que se desarrollaron en la península, se realizaran de acuerdo al catolicismo. En base a esta religión se establecieron dos fechas para celebrar a los muertos, las cuáles fueron los días 1º y 2 de noviembre, conocidos como de Todos los Santos y de los Fieles Difuntos respectivamente (Zarauz, 2000). En el día de Todos los Santos se empezó por celebrar a los apóstoles pero posteriormente se incluyó a todos los mártires. Por otro lado, en el día de los Fieles Difuntos, se consagraba a todos los que murieron en la gracia de Dios y se celebraban tres misas en sufragio de las almas benditas del purgatorio para su salvación.

En estas fechas, la gente asistía a los panteones para ofrendar flores amarillas a sus difuntos, algunos de ellos comían ahí. Alumbraban la tumba con velas mientras saboreaban los "huesos de santo" (dulces de mazapán en forma de tibias) y "pan de ánimas" (el antecedente del pan de muerto mexicano) (op. cit.).

El culto español a los muertos, evidenciaba la importancia de la muerte en la vida cotidiana, hecho que se manifestaba claramente en el arte de la época, como en la arquitectura, la cuál llevó a la construcción de suntuosos edificios consagrados a la muerte, como capillas, criptas, o panteones. Sin embargo, la poesía española fue una de las mejores muestras del sentir general que se vivía ante la idea de la muerte. A través de ella se descubre el temor, respeto y consuelo que siente el español al concebir a la vida como un periodo pasajero y la muerte como un descanso. Estas ideas que causaban terror y resignación, muchas veces estaban permeadas por la religión de ese entonces.

Dicha religión enseñaba que cuando alguien moría, su alma podía tomar diferentes caminos de acuerdo al comportamiento que haya tenido en vida. Es así como podía ir al cielo, donde habitaban las almas puras, de personas con impecable comportamiento; el *infierno*, a donde llegaban todos los que morían en pecado mortal o al *purgatorio*, lugar intermedio entre la vida y el paraíso, al que llegaban las almas a esperar con resignación ser purificadas para obtener su libertad y volar al paraíso.

Para poder llegar al cielo estaban los sufragios, obras buenas que los fieles ofrecen a Dios para que perdone a las ánimas. Los sufragios pueden ser oraciones, penitencias y todo tipo de obras buenas, como misas, limosnas u obras de caridad.

Estas son las costumbres fúnebres que trajeron los españoles a América. A continuación veremos cómo fue que junto con las tradiciones prehispánicas se desarrolló lo que actualmente conocemos como nuestra celebración del Día de Muertos.

2.3.2 La muerte en la Nueva España

Se dice que cuando Hernán Cortés llegó a Cozumel en 1519, asistió casualmente a una ceremonia religiosa a la que se opuso, pues consideró malos a los ídolos que los mayas veneraban. Les enseñó de otras deidades buenas y santas, les dio una cruz y los españoles celebraron en la cima del teocali, la primera misa en México (Zarauz, 2000).

Después de tres meses de asedio, México-Tenochtitlan se rendía el 13 de agosto del 1521. Y aunque para 1524 gran parte de los pueblos sedentarios del área central había aceptado someterse a Cortés, continuas rebeliones indígenas impedían la completa dominación española. Entre 1524 y 1550 se realizaron campañas punitivas "de pacificación", para terminar de someter a los sublevados españoles e indios, de manera que para 1550, por medio de la intriga y la lucha armada, los españoles ya tenían sometida el área de Mesoamérica (Rubial, 1999).

Junto con este afán por dominar y apoderarse de las nuevas tierras, se manifestó un gran énfasis por imponer una nueva visión y orden de cosas a través de la religión. Así, con la llegada de un grupo de doce franciscanos se iniciaría formalmente el proceso de evangelización en 1524, proceso que terminaría con el establecimiento de la religión católica y la abjuración por parte de los indios y sus sacerdotes, de ídolos y dioses (Rubial, 1999 y Zarauz, 2000).

Todo este proceso de la conquista y principalmente el de la evangelización sacudió por completo la vida de los indígenas, ya que todas sus creencias, sus costumbres, sus ideas, sus valores y pensamientos no sólo se veían cuestionados, sino también contradichos, negados, invalidados y anulados.

Sin embargo, este proceso no se dio de manera homogénea, puesto que en un principio generó resistencia por parte de las culturas ya existentes y posteriormente una

adaptación tanto de los indígenas como de los sacerdotes católicos, lo que generó una interpretación del catolicismo por parte de los indios y una nueva forma de profesar por parte de los sacerdotes españoles, puesto que los curas se aprovecharon de las costumbres y ritos indígenas para guiarlos al culto católico.

Los indios aceptaron practicar la nueva religión, pero en realidad se mantuvieron fieles a sus creencias en el fondo, ejerciendo así una religión sincrética, "que sumaba tradiciones, fusionaba concepciones y mezclaba imágenes" (Zarauz, 2000, pág. 108).

Entonces los sacerdotes católicos se encargaron de sobreponer sus elementos religiosos en los elementos que consideraban paganos, destruyendo imágenes, derrumbando templos y corrigiendo ideas de tal manera como construir iglesias sobre templos indígenas, o sustituyendo estatuillas representativas de los antiguos dioses por imágenes de santos católicos. Sin embargo, la religión católica no pudo borrar todo el pasado por completo, y el resultado es ese arreglo donde conviven algo de lo antiguo y algo del pensamiento cristiano. De hecho, es gracias a los grupos indígenas, a su vitalidad y capacidad regenerativa el que sus tradiciones y concepciones en torno a los muertos se hayan mantenido hasta nuestros días.

Algunas semejanzas entre la religión católica y la cosmovisión prehispánica ayudaron a la propagación de la nueva religión y permitieron la supervivencia del culto pagano en formas católicas, lo que significa que algunos elementos indígenas se amalgamaron con algunos elementos españoles. Por ejemplo: las deidades indígenas se equipararon con los santos católicos, al igual que la Virgen María y la luna, la cruz y los puntos cardinales. Otros aspectos que coincidieron fueron: la autoflagelación, las procesiones con copal-incienso y flores, un calendario ritual, el culto a los muertos en una fecha precisa del año, la ofrenda en memoria de los muertos, etcétera (Zarauz, 2000).

Las celebraciones indígenas dirigidas a los muertos, se empalmaron con la celebración de Todos los Santos, dando por resultado el Día de Muertos. Se establecieron los rezos, la invocación a Cristo, vírgenes y santos y la asistencia a los templos católicos. Esta "nueva" forma de percibir y celebrar la muerte se extendió a varios aspectos de la vida novohispana colonial, sobre todo durante los primeros años de la Colonia.

Cuando un virrey moría, casi siempre se le embalsamaba y vestía con todas sus insignias. Se le colocaba en un elegante féretro, en un cuarto que hacía las veces de capilla.

donde se ponían seis o siete altares y se organizaban misas cantadas. En ocasiones, por voluntad del difunto, se repartían su lengua, ojos y corazón en diferentes templos para que ahí se conservaran. Después venía la procesión que iba del palacio del virrey hasta la Catedral; en ella desfilaban personas del ejército, del clero y de las universidades. Al llegar a la Catedral, se hablaba de las virtudes y talentos del difunto.

Por su parte, la gente del pueblo mezclaba aún tradiciones y creencias indígenas con elementos del catolicismo, lo que terminaba en ceremonias que se percibían más bien como alegres fiestas u ocasiones de relajamiento. En el siglo XVIII, la Iglesia dirigió su energía contra ese relajamiento, sobre todo a la festividad del Día de Muertos, que se celebraba en el portal de Mercaderes, donde se ponía una gran ofrenda y se preparaban figuras de frailes y clérigos de masa y dulce. Lo que buscaba era reglamentar las fiestas religiosas para que éstas fueran más recatadas y decorosas. Así se prohibió la visita nocturna al cementerio del Hospital Real y otros panteones y se declaró además ley seca a partir de las nueve de la noche. Obviamente los indígenas no estuvieron de acuerdo y protestaron dejando de aportar limosnas a la Iglesia, razón por la cuál, tal disposición duró tan poco.

Después sucedió algo que dio un giro importante a la celebración de la muerte. Fray Joaquín de Bolaños dio a conocer *La Portentosa vida de la Muerte, emperatriz de los sepulcros, vengadora de los agravios del altísimo y muy señora de la humana naturaleza, cuya célebre historia encomienda a los hombres de buen gusto*, obra en la que se narran las aventuras de vida de la muerte, como si se tratara de un personaje más, de una muerte humana, niña, juguetona y enamoradiza. Obviamente esta obra causó mucha polémica y malas críticas, evidenciando que a la sociedad novohispana, no le gustaba recordar su inevitable fin. El libro venía ilustrado con grabados de Francisco Agüera Bustamante, y se le puede considerar en cierta forma como un antecedente de las calaveras que después popularizarían Santiago Hernández, Manilla y Posada (op. cit.).

Al mezclar las creencias de españoles e indios se crearon durante la época de la Colonia, toda una serie de leyendas cuyas características descendían de ambas raíces. Las leyendas, repletas de oscurantismo, tenían como personajes principales a fantasmas, brujas y otros seres sobrenaturales además de la muerte. En estas historias se demostraba cómo la codicia, lujuria, avaricia, ambición y vicios eran castigados con la muerte. Así fue como se

empezó a mostrar una muerte ejemplificadora, súbita, aterradora y a veces inexplicable, que de ninguna manera se trataba de una muerte apacible y justa.

2.4 La muerte en el México Independiente

El movimiento de Independencia iniciado en 1810 en nuestro país, tenía por objetivo eliminar el sistema esclavista, dar término al control económico y político español y limitar el poder de la Iglesia. Tras esta revolución, México fue seguido por un turbulento período, lleno de dramáticos episodios de mortandad en grandes masas que dejó marcada a la sociedad, quien se manifestó a través de una cultura de guerra en diferentes áreas como la poesía épica, cívica y patriótica (Zoraida, 2001).

Con la guerra de Independencia surgió una nueva nación, que luchó de diversas formas por –entre otras cosas- secularizar a la sociedad y el gobierno, además de establecer una educación libre de preceptos religiosos.

En ese entonces el poder de la Iglesia llegaba hasta los entierros. Dado que el catolicismo consideraba que era necesario morir cerca de Dios, se procedía a enterrar a las personas cerca de los altares de las iglesias, en los conventos o en tierra santificada. Sin embargo con el crecimiento de la población, fue necesario construir cementerios, que con el desato de epidemias y otras enfermedades, debieron construirse posteriormente en lugares alejados de la población, con el fin de evitar los focos de infección. No obstante, fue hasta 1861 cuando el gobierno tomó por completo el control de los entierros al entrar en vigor la llamada ley de secularización de cementerios, en la que fue reglamentada su actividad y se decidió que los panteones cercanos a los pueblos debían tener árboles y estar bardeados (Zarauz, 2000).

Por su parte, la concepción y el culto a la muerte de la sociedad mexicana seguía desliziándose entre dos grandes extremos que dependía tanto del estatus social como de la procedencia étnica de la población. De esta manera los criollos y gente de dinero esperaban la celebración de Todos los Santos y Fieles Difuntos, para recaer en el recuerdo, la plegaria y las lágrimas de dolor; mientras que el resto de la población celebraba la muerte con una gran fiesta, en la que se vendían dulces alusivos a la ocasión, entre los cuáles había

calaveras, esqueletos y cortejos fúnebres de dulce. Ya para entonces se realizaban todo tipo de representaciones alusivas a la muerte, a las cuáles asistía la gente por unas cuantas monedas sin importar la calidad del espectáculo. Se veían funciones de títeres, teatrales, comedias y zarzuelas. Una de las puestas en escena que se inició en ese tiempo y se volvió una tradición fue la de *Don Juan Tenorio* del dramaturgo español José Zorrilla, donde el tema central de la obra es la muerte, que aparece como reivindicadora de los pecados y bálsamo del arrepentimiento, terminando la puesta en un cementerio. La obra se ganó el gusto de la gente tanto por la aparición de fantasmas y voces de ultratumba como por el carácter seductor, machista y arrojado de Don Juan Tenorio (op. cit.).

En ese entonces se acostumbraba que con el fin de dejar muy clara la procedencia social, los ricos visitaban los panteones por la mañana y los pobres en la tarde. Además de que los patrones daban a sus sirvientes un obsequio monetario conocido como su "calavera".

Poco a poco la celebración de la muerte fue adquiriendo un tono más festivo, al tiempo que iba ganando también un carácter más superficial. Se elaboraban los panes de muerto, esqueletos de almíbar y muertos de mazapán, se limpiaban las tumbas de los cementerios y se adornaban con flores y velas, mostrándose en la gente un poco más de regocijo que de pesar. Los tiempos estaban cambiando y la religiosidad y espiritualidad se mezclaban con la fiesta (Zarauz, 2000).

2.5 La muerte en la Época Porfiriana

Porfirio Díaz se mantuvo en el gobierno de México de 1876 a 1911, exceptuando el periodo de 1880 a 1884, cuando el poder estuvo en manos de sus colaboradores. En este periodo, conocido como porfiriato, Díaz, promovió bastante el desarrollo económico y comercial y muchas empresas fueron financiadas y manejadas por extranjeros, sin permitir a los mexicanos tener menores puestos. Esto provocó descontento entre la gente del pueblo quienes tenían que soportar largas jornadas de trabajo, con muy bajos sueldos, malos tratos y despidos injustificados (Encarta 2001).

Durante el porfiriato el pueblo mantuvo sus costumbres fúnebres que se enfocaban en compartir el pan con los muertos, iluminando y adornando los caminos de altares y

tumbas. En cambio, los de mejor posición económica y social, se alejaron del espiritualismo tanto indígena como español, dándole un carácter banal a la fecha. De hecho, la celebración se había convertido en un pretexto de diversión de la sociedad porfiriana, cuya actitud Altamirano criticaría constantemente de la siguiente forma: “¡qué triste farsa (...) la del Día de Muertos! De todas las mascaradas, ésta es la más repugnante, porque es la más hipócrita. Ni culto, ni dolor, ni recuerdo, ni nada. Costumbre inútil, tradición en rutina estúpida. La religión la fundó en pro de sus intereses y la vanidad se aprovecha de ella para fines grotescos...” (1989 citado en Zarauz, 2000).

Y para muestra de esta “vanidad”, se convirtió costumbre para las clases adineradas estrenar ropa en estos días, para poder lucir sus nuevas vestimentas ¡en los panteones!. Se mandaban hacer sus trajes con los mejores sastres de la ciudad y el negro vestía a la sociedad rica mexicana en las festividades de muertos. En realidad la costumbre de vestir de negro en señal de luto no es de origen americano, sino europeo. De hecho para las culturas prehispánicas, el luto se manifestaba dejándose de lavar, peinarse o cambiarse de vestimenta, de cuatro hasta ¡ochenta días!; posteriormente, algunos sacerdotes lavaban sus ropas y retiraban la mugre creyendo que con eso se quitaban la tristeza. El luto de negro como lo conocemos en la actualidad llegó la conquista española. Los griegos fueron de los primeros en utilizar el color como expresión del luto, mientras que los musulmanes usaban el azul o morado y japoneses y chinos el blanco. Fue a partir del siglo XVI cuando el negro se consolida como manifestación del luto en el mundo católico (Zarauz, 2000).

La pomposidad y grandilocuencia de la sociedad porfiriana se manifestó cuando amplios sectores de la población se pasaban por la Alameda el 1º de noviembre y al día siguiente asistían a los panteones en un ambiente de frivolidad. Para entonces el Tenorio se representaba ya por toda la ciudad de México, el pueblo seguía llenando los panteones realizando sus comidas en comunión con los muertos, los grupos indígenas o mestizos preparaban bebidas, flores, veladoras y puestos de dulces. La frivolidad, la fiesta, las tradiciones, la religiosidad y el espiritualismo se fueron mezclando hasta alcanzar buena parte del carácter que conocemos hoy en día.

2.6 La muerte durante la Revolución Mexicana

Tras la paz porfiriana siguieron toda una serie de movimientos armados que terminaron con la tranquilidad de la sociedad mexicana. Causados por la inconformidad ante la centralización del poder político y el favorecimiento económico de inversionistas extranjeros y hacendados, los movimientos que desembocaron en una revolución que estalló en 1910, no dieron fin hasta que exterminó en 1924 la rebelión delahuertista.

Nuevamente se hizo común la presencia de la muerte en todo el país, mezclándose con los ideales campesinos, obreros e indígenas que se veían derrumbados por desgracias como batallas, fusilamientos, revueltas, traiciones o la misma muerte de alguno de los dirigentes revolucionarios.

Bajo este contexto es donde nacen los corridos revolucionarios, una derivación del romance español, "que al dar testimonio de los movimientos revolucionarios muestra también una mentalidad en la que la muerte se trivializa debido a su frecuencia cotidiana" (Zarauz, 2000, pág 137). En los corridos se refleja el desprecio por la vida que ayudó a conformar la personalidad del macho mexicano, rudo y desafiante, quien al buscar mantener su honor, no le importa perder la vida si fuera necesario. Bien dice el corrido de "La Valentina": *si me han de matar mañana / que me maten de una vez.*

Otra costumbre representativa de ese tiempo fueron las *calaveras*, impresos que contenían comentarios sarcásticos en verso y a manera de epitafio, sobre políticos y personajes públicos en general, mismos que eran representados por imágenes de esqueletos o cadáveres (op. cit.). Las calaveras ganaban popularidad en el pueblo, puesto que brindaban la oportunidad de burlarse y criticar a los políticos y poderosos, además de imaginar su muerte, razón por la cuál, estas misivas no cayeron muy en gracia en las clases dominantes.

El arte de realizar calaveras alcanzó su mejor punto con el fabuloso ingenio de José Guadalupe Posada; quien integró un equipo de personas que se dedicaba a la producción de grabados, caricaturas, cuentos, hojas sueltas, etcétera. Sus trabajos retrataban a la muerte en actividades cotidianas, realizando diversos oficios y principalmente: recreándose de diferentes maneras, entregada al jolgorio, bailando diferentes ritmos, o tomando pulque en una fiesta interminable.

La Revolución mexicana trajo consigo la muerte de muchos hombres a lo largo de sus luchas. Es por ello que cuando por fin terminó, surgió una generación de artistas que

buscaba la reconciliación de su país. Apoyados por un gobierno que promovía y fomentaba cualquier tipo de pensamiento nacionalista, dieron origen a una importante corriente artística: el muralismo.

A través del muralismo se buscaba homenajear y exaltar al México que ellos querían, resaltando con gran interés sus paisajes, su flora, su fauna, la imaginación popular y sus habitantes. Este movimiento cultural llega a su apogeo con el mural pintado por Diego Rivera titulado *Sueño de una tarde dominical en la Alameda*, en la que se muestra la imagen de la Calavera Catrina en homenaje a la obra de José Guadalupe Posada (Rodríguez, 2000).

Otros de los grandes artistas que destacaron en aquella época por sus sugerentes representaciones de la muerte fueron Frida Kahlo y Jose Luis Cuevas. En sus pinturas, ella plasma su aborto y hasta se dibuja durmiendo con un esqueleto sobre su cama. Por su parte Cuevas pinta y dibuja a los muertos vivos, como queriendo decir "todavía aquí están" (op. cit.).

Vida y muerte se funden, se comunican, se entrelazan y se vuelven el tema central de todos aquellos que le buscan o le huyen, pero que al fin y al cabo pretenden trascender de forma especial, después de ella.

2.7 La muerte en la Era Moderna

El largo proceso de fusión por el que pasaron las tradiciones prehispánicas y españolas, afectó en todos los ámbitos de la vida tanto de indígenas y españoles como de criollos y mestizos. No sólo se modificó su manera de actuar, sino de percibir e interpretar las cosas y los fenómenos que suceden a su alrededor. En cuanto a su manera de concebir y celebrar a la muerte, la interrelación de las dos raíces culturales provocó el desarrollo de una nueva celebración llena de misticismo y memoria lleno de música y colores, comida, artesanías, ritos y costumbres que aunque se han visto deterioradas a lo largo de los años, se han podido mantener vigentes hasta la fecha.

2.7.1. La concepción actual sobre la muerte

México cuenta actualmente con una población aproximada de 102,026,691 habitantes (según estimaciones del 2000), de la cuál, cerca del 74% vive en las áreas urbanas y el 93% practican el catolicismo. La población está compuesta por tres grupos principales: los mestizos, los indígenas y los que son de origen europeo. Los mestizos son el grupo mayoritario, ya que constituyen cerca del 80% de la población. Los indígenas, en cambio constituyen cerca del 10%, con más de 50 grupos definidos (Encarta, 2001).

Estas estadísticas nos ayudarán a entender cómo es que la tradición del Día de Muertos ha perdido su fuerza en estos años. La principal razón de este deterioro es el aumento de la distancia existente entre la vida y la muerte.

Para empezar, en las sociedades industrializadas (establecidas en las zonas urbanas), el desarrollo de la ciencia y la tecnología ha permitido una mejora en los sistemas de salud, mismos que han permitido un aumento importante en las expectativas de vida. En México, para el año de 1984, el promedio de vida había ascendido a 64 años y actualmente es ya de 75 (Zarauz, 2000).

Por otra parte, el aumento del consumo y la búsqueda del confort, característico de las zonas urbanas, encuentra cada vez menos alivio en lo ritual y ceremonioso. A diferencia de épocas pasadas, ahora hay más cosas que hacen de la vida algo más disfrutable, haciendo más difícil que la gente encuentre consuelo en la idea de la paz ultraterrena. Como en las grandes ciudades, la sociedad puede vivir más y de mejor manera, ha generado un sentimiento de repulsión, horror y evasión de la inevitable muerte.

En consecuencia la búsqueda de la trascendencia se ha incrementado a tal grado, que se ha llegado a elaborar máscaras mortuorias o moldes de las manos de algún personaje importante cuando éste muere. Cada vez le es más difícil a la gente aceptar que alguien a quien admiraba o amaba simplemente ha dejado de existir.

En contraparte, se presenta con mayor frecuencia la cremación, sobretodo en las grandes ciudades, donde las limitantes de espacio en los panteones lo demandan. Las cenizas requieren sólo un mínimo de espacio, de hecho hay quienes prefieren conservarlas en urnas en su propio hogar, creándose así una nueva forma de relación con la muerte (que en algunas culturas prehispánicas ya existía, enterrando los restos de sus muertos dentro de la casa). Esto demuestra una mayor flexibilidad también por parte de la religión católica, que en épocas pasadas reprobaba seriamente dicha acción.

Actualmente hay 115 panteones, de los cuales 99 son civiles y 16 privados en el D.F., no obstante, la falta de espacio para nuevas fosas se ha vuelto cada vez una preocupación más grave.

El negocio de la muerte ha permitido la proliferación de las agencias funerarias. En México existen alrededor de 150, de las cuáles muchas pertenecen a instituciones gubernamentales como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), a instituciones paraestatales que ofrecen sus servicios gratuitamente y a agencias privadas cuyos costos suelen ser muy elevados. Algunas de ellas ofrecen “paquetes” que incluyen desde la realización de los trámites legales como la venta de féretros, traslados, servicio velatorio, inhumación o incineración. Estas mismas agencias publican con mayor frecuencia esquelos y obituarios en diversos periódicos, mismos que se leen como si se tratara de notas sociales. También suele aprovecharse el Día de Muertos para promocionar los servicios funerarios o incluso vender seguros de vida.

Todo esto ha provocado un mayor deslinde de las tradiciones en las zonas urbanas de nuestro país, lo que implica a la mayoría de los habitantes de México, ya que recordaremos que el 74% de ellos viven en lugares urbanizados.

Sin embargo este deslinde no es general ni irreversible pues por otra parte existen grupos sociales que conservan y practican esta y otras tradiciones mexicanas. De hecho, las concepciones y costumbres indígenas en torno a los muertos se han mantenido vivos gracias a la “notable vitalidad y capacidad regenerativa de los grupos autóctonos de nuestro país”, según nos dice Zarauz (2000, pág., 149).

De alguna manera la sobrevivencia del Día de Muertos se mantiene porque se piensa que en cierta forma los muertos no se han ido por completo, porque viven a través de su recuerdo y de sus descendientes, por ellos los mexicanos ejercemos una memoria activa que nos hace reproducir, alimentar y enriquecer nuestras tradiciones.

2.7.2. El Día de Muertos

Así, el Día de Muertos, como lo conocemos en la actualidad, se celebra de diversas formas en toda la República Mexicana y con ciertas variantes de acuerdo a la religión; sin

embargo, la celebración en esencia es la misma, y muchas de las costumbres y ritos en torno a ella se mantienen iguales para todos. A continuación describiremos las características generales de esta, nuestra celebración.

Para empezar, hoy en día la celebración del Día de Muertos se realiza conforme el calendario católico, es decir, el 2 de noviembre; y aunque suele iniciarse desde el 31 de octubre, en algunos lugares las festividades pueden comenzar antes y terminar después. Normalmente se cree que los muertos niños o los angelitos, llegan el 31 de octubre a las doce del día y que los adultos llegan el 1º de noviembre a la una de la tarde; pero esto puede variar de una zona a otra (Enriquez, 2000).

Con el fin de esperar y dar la bienvenida a los muertos, los amigos y familiares acostumbran montar ofrendas en sus casas. En México, la ofrenda de muertos es un elemento de culto fúnebre cuya tradición se remonta a sus raíces españolas y prehispánicas, de las que ya hablamos en los puntos 2.2 y 2.3.1 de esta tesis.

Las ofrendas suelen levantarse sobre un altar que puede ser una mesa, cajas apiladas o en el mismo suelo de alguna de las habitaciones de la casa. El altar casi siempre está decorado con un mantel blanco o papel de china sobre los cuáles se coloca la ofrenda de comida, bebidas, imágenes, velas, incienso, flores y otros objetos.

En varios lugares se acostumbra repartirse la ofrenda entre parientes y amigos una vez que se considera que los muertos ya han tomado el aroma de los alimentos antes de regresar al ultramundo.

En los grupos indígenas, los altares se levantan por diferentes razones. Por ejemplo, entre los totonacos y pueblos del Golfo, con el altar se pretende agradecer a sus ánimas por la cosecha, pues se cree que los muertos vigilan e interceden por ella ante Dios. Los mayas y nahuas lo usan para demostrar su cariño a los difuntos, convivir con ellos durante su estancia a la tierra y desearles un feliz retorno a ultratumba. Los otomís en cambio, honran a sus muertos por temor a que les hagan maldades. Los huaves usan el altar para rezar y pedir al muerto que se lleve de la familia la enfermedad que lo hizo perecer (Zarauz, 2000).

La comida que se ofrece a los muertos en los altares tiene la connotación de fiesta porque normalmente se trata de alimentos que se consideran un lujo en la economía y gastronomía campesinas, algunos de ellos son el guajolote, tamales, pan de dulce y frutas como la caña, manzanas y mandarinas. Una de las ventajas de la celebración es que se

realiza en temporada de cosechas, lo que permite contar con una gran variedad de alimentos para la ocasión.

Los productos ofrendados pueden ser tanto de origen indígena como español, en realidad depende más de los platillos típicos del lugar en el que se lleve a cabo la ofrenda así como de los gustos personales del ofrendado. De lo más común es el pollo, los frijoles, las tortillas, el agua simple, chocolate, atole, leche, pulque, cervezas y tequila. El "pan de muerto"¹⁰ es uno de los elementos típicos del día de muertos de la actualidad, mismo que es elaborado especialmente para dicha fecha a base de harina de trigo, azúcar, huevos y levadura; se le da una forma redonda y se le adorna con figuras de huesos cruzados que al final van espolvoreados de azúcar.

Otro de los productos importantes de las ofrendas son los dulces, éstos se elaboran con azúcar, alfeñique, amaranto, pepita de calabaza, chocolate, tejocotes, caña, guayabas, etcétera. En los altares no pueden faltar las alegrías, los dulces de calabaza, el arroz con leche y los almibarados de tejocotes y manzanas; calaveritas de azúcar, chocolate, amaranto o alfeñique, decoradas con ojos de papel estaño color rosa, azul o dorado, adornos de dulce y el nombre de algún conocido a quien se le regala el dulce, a quien se dirige la muerte, dulce de muerte que los mexicanos hemos convertido en "bocado para obsequiarla, burlarnos de ella y devorarla golosamente" (Zarauz, 2000, pág., 189).

Desde la antigüedad, las ofrendas han ido adornadas de una gran variedad de flores, de entre las cuáles la más representativa de la ocasión ha sido la llamada flor de muertos o *compasúchil*, que desde tiempos lejanos se usa para honrar a dioses y difuntos. Es una flor de temporada de color amarillo encendido, cuyo nombre en náhuatl significa "veinte hojas" o "veinte flores" (Zarauz, 2000). Normalmente se acostumbra esparcir los pétalos de esta flor por el suelo, del altar a la puerta del hogar, a manera de camino, con el fin de que sirviera para iluminar y guiar el alma del muerto para que no se extraviara.

Como las ofrendas de los altares suelen dirigirse a alguna persona en particular, actualmente se acostumbra poner una foto del difunto en ellas¹¹. También es normal que se

¹⁰ La raíz de la tradición del pan de muerto viene de las festividades prehispánicas en las que se incluían panes hechos de maíz, bledos y otros vegetales; y de las ceremonias Españolas, en las que se elaboraban panes "de muerto". En Segovia se llamaba "pan de ánimas" y en Aragón se hacían los "huesos de santo", mazapanes en forma de tibias.

¹¹ Como en la antigüedad se acostumbraba poner estatuillas del difunto o de los dioses en las tumbas de los muertos.

coloquen imágenes de santos y vírgenes de acuerdo a la devoción de la familia o del pueblo.

Por otra parte el incienso, el copal y las velas siguen utilizándose en las ofrendas de los muertos; junto con otros objetos que el finado utilizó en vida, como herramientas de trabajo u objetos personales que pretenden confortar su retorno a la tierra. Cuando se trata de ofrendas para niños, se acostumbra colocar juguetes y alimentos de gusto infantil, como atoles, dulces y frutas (Zarauz, 2000 y Turok, 2000).

2.7.3 Representaciones de la muerte en el Arte Mexicano

La muerte se convirtió en un elemento estético y temático del arte mexicano a partir del siglo XX, tras la Revolución de 1910. Ya decíamos que en esa época el gobierno dio todo tipo de concesiones y apoyos a aquellos que con el arte pretendían exaltar el nacionalismo. A partir de entonces se buscó recobrar los valores y las expresiones populares, así como el arte indígena, punto en el que la muerte ser contemplaría como un elemento clave, de suma importancia en el espíritu del mexicano.

La muerte en la pintura

Ya decíamos que el muralismo es uno de los espacios donde mejor quedaron representados los valores estéticos del nuevo orden social. En las paredes de la Secretaría de Educación Pública, Diego Rivera pintó *El día de muertos* y posteriormente *El entierro de un trabajador*. El primero de ellos llevaba intenciones de recuperación cultural, mas el segundo tenía un carácter más ideologizado y con afares de denuncia. Por su parte, Manuel Rodríguez Lozano representa en sus pinturas un país pobre, lleno de carencias, de muertes humildes y de rostros dolientes que exaltaban el dramatismo (Zarauz, 2000).

Más recientemente, un pintor fascinado con lo perecedero mexicano, Francisco Toledo, incluye en su obra a la calaca, transformada en motivo de relajo y de burla contra la mortandad que amenaza a todos. En sus pinturas representa a la muerte como un personaje más, como señor-señora del exterminio omnipotente. Francisco Toledo, obsesionado por el falo y su posibilidad generadora, no duda en agregárselo hasta a la muerte, a la que

considera proveedora de la nada y generadora de la vida en su primera instancia, pero también encargada de cumplir con el ciclo vital (Pech, 2000).

Martha Pacheco, retrata a los fallecidos anónimos, los muertos abandonados que nadie reclamó en el servicio médico forense. En sus pinturas plasma cadáveres heridos por ataques en vida y cuerpos mutilados durante la necropsia. En su obra busca las imágenes más verosímiles que permitan eliminar todos los ornamentos de la muerte (Rodríguez, 2000).

La muerte en la literatura

Nuevamente encontramos la mezcla de nuestra raíz indígena y española, pero esta vez en la abundante obra poética, teatral, novelística, de cuentos y ensayos, que recrean las diferentes visiones mexicanas sobre la muerte, que van de lo ritual a lo social, pasando por lo festivo y el trato despreocupado.

En la novela de la Revolución, encontramos un claro ejemplo de lo anterior. En ella se narra la miseria y la violencia del país en guerra; se habla de muertes crueles y salvajes que se convirtieron en ese entonces en una forma de vida. Una de las novelas más representativas de aquella época es *Pedro Páramo*, de Juan Rulfo (1975); obra en la que el México rural se ve lleno de almas en pena que transitan por las calles y se meten a las casas del pueblo de Comala.

Por otro lado los poetas han convertido el tema de la muerte junto con el de la soledad y el amor, como los ejes principales de sus obras. Dice Salvador Novo en su poema *La renovada muerte de la noche*: "todos hemos ido llegando a nuestras tumbas / a buena hora, a la hora medida" (citado en Cárdenas, 1972, pág. 138), mientras Jaime Sabines escribe "yo soy, dijo la muerte (al poeta), tu verdadera madre" (citado en Zarauz, 2000, pág. 211).

En el grupo conocido como los Poetas Contemporáneos, se abordó también de manera recurrente el tema de la muerte. Xavier Villarutia, uno de sus representantes ejemplo con su poemario *Nostalgia de muerte* (Zarauz, 2000).

Agregando un poco de humor a tema tan serio, José Guadalupe Posada jugó un papel muy importante con sus calaveras, cuya función original era la de sátira literaria

también es usada como recurso de crítica hacia los políticos y figuras públicas. En ese tiempo, Posada retrata críticamente la vida de México, narra lo cotidiano, lo político y hasta lo revolucionario. La muerte se ve parrandeando, bailando y acompañando a llorar el hueso en los cementerios, comiendo mole o bebiendo pulque junto a la tumba de nuestros difuntos. De esta forma, con la multipersonificación de la calavera, nos trata de demostrar que todos somos divertidas calaveras (Turok, 2000 y Rodríguez, 2000).

La muerte en la música y la danza

Desde la antigüedad la música ha estado ligada a la muerte¹². En nuestro país, la música popular ha representado de mil formas una mezcla de temor-respeto-aceptación ante la muerte. Así encontramos la canción campirana *Tristísimo panteón* de Oscar Chávez, incluida en el disco *Amorosas, divertidas y horrorosísimas canciones de la flaca*, en la que dicha canción dice "¡tristísimo panteón... yo te saludo!" (citado en Zarauz, 2000, pág. 214).

Por su parte, la música ranchera, manifiesta en todo momento su actitud desafiante ante la muerte, así como los corridos proyectan el carácter bravío, valeroso y machista de los mexicanos. Aquí se trata a la muerte de tú, se le desafía y provoca. En los corridos se habla de la traición, de la injusticia y la infidelidad, donde la muerte resulta la última solución a cualquiera de ellas. En este punto, no puede faltar la música norteña, donde las historias de narcotraficantes y policías fronterizos, van permeadas de las diversas actitudes que el mexicano tiene ante la muerte.

La balada moderna, es un ejemplo del dolor y el miedo que existe ante la probabilidad de que la persona a la que se ama pueda fallecer y la terrible depresión que viene con la pérdida real del ser querido.

En su contraparte encontramos a los burlones retratos urbanos que Chava Flores manifiesta en sus canciones, como en la canción *Cerró sus ojitos Cleto*, en la que canta: "Cleto el fufuy sus ojitos cerró / todo el equipo al morir enterró / cayendo el muerto / soltando el llanto / ¡bah!, ni que fuera para tanto / dijo a la viuda el doitor / (...) se pusieron a jugar a la baraja / y la viuda en un albur / ¡perdió la caja! / y después por reponer / hasta el muerto fue a perder / y el velorio se acabó ¡hombre! No hay que ser".

¹² En Europa abundan los *requiems*, marchas fúnebres y óperas de tipo luctuoso.

Por otro lado, la danza ha sido otra de las costumbres importantes relacionadas con la muerte desde tiempos prehispánicos. En la antigüedad, la danza permitía establecer comunicación con los dioses.

Actualmente en diferentes regiones del país se realizan bailables con motivos funerarios. Como los mixtecos de Acatán (Puebla), quienes representan la danza de los Tecuane en los días de muerto cerca del cementerio. En el baile, uno de los participantes se disfraza con una máscara de tigre, mientras otros simulan cazarlo (Zarauz, 2000).

En la Huasteca veracruzana cada año se lleva a cabo la Danza de los Viejos, donde varios hombres se disfrazan de ancianos para engañar a la muerte. Entre ellos se encuentra también un diablo, un vaquero y la muerte; y todos bailan guapangos al son de violines, jaranas (guitarras pequeñas) y guitarras (op. cit.).

También por efecto de las corrientes nacionalistas en México, se crearon obras para ballet clásico que recuperaban las tradiciones mexicanas, entre ellas las del trato con la muerte. Entre estas obras se encuentra la *Coronela*, de Waldeen, ballet con cuatro episodios que se basan en grabados de José Guadalupe Posada, con música de Silvestre Revueltas y Blas Galindo, vestuario y bocetos a cargo de Gabriel Fernández Ledesma y Libreto de Seki Sano (op. cit.).

La muerte en la fotografía y el cine

El primer conflicto bélico que fue fotografiado en el mundo fue el de la guerra entre México y Estados Unidos, durante la invasión de 1847 (Zarauz, 2000). Posteriormente, junto con las continuas guerras que se vivían en el país, se sucedieron las imágenes de cadáveres de personajes famosos o de anónimos.

Desde el porfiriato hasta después de la Revolución se popularizó en México la fotografía de niños muertos, con el fin de conservar la imagen del niño en su breve paso por el mundo. En las fotografías los niños aparecen rodeados de flores en sus féretros y acompañados por sus familiares. Todos sus adornos simbolizan su transformación en "angelito", buscando reafirmar la victoria sobre la muerte por medio de la resurrección. Se creía que por su muerte prematura, el niño tenía su lugar asegurado en el cielo y esto

ayudaba a su familia a soportar la pena¹³. Después de la Revolución, la fotografía se orientó a la denuncia social, mostrando en sus imágenes, la injusticia social, la miseria y la muerte, de manera muy recurrente.

Por su parte, la cinematografía nacional tiene un gran acervo de películas que representan o abordan de alguna manera el tema de la muerte. Un ejemplo de ellas es *Macario*, dirigida por Roberto Gavaldón y basada en un cuento de Traven, en la que un campesino (interpretado por Ignacio López Tarso), acepta la ayuda de la muerte, prefiriéndola sobre Dios y el diablo, creyéndola justa y pareja con todos los seres humanos (op. cit.).

La muerte en las artesanías, la arquitectura, la escultura y otras artes mexicanas

La tradición artesanal mexicana es muy antigua, y la gran creatividad del indígena se ha proyectado en diferentes representaciones de la muerte, dándole vida, animándola y recreándola, hasta hacerla juguete, dulce o adorno en piezas de cerámica, estatuillas, figuras de madera, semillas, tela, papel¹⁴, etcétera (Turok, 2000).

El arte funerario se puede encontrar también en la arquitectura y la escultura de nuestro país, a través de la construcción de cementerios, estatuas y monumentos dedicados a la memoria de personajes públicos. Tal vez el monumento funerario más reciente y grande de México es el Monumento a la Revolución, que originalmente se concibió como Palacio Legislativo por la administración porfirista. Probablemente dejó de construirse con la lucha armada de 1910, y paradójicamente terminó siendo el edificio que resguarda los restos de Venustiano Carranza, Francisco Villa, Álvaro Obregón y Lázaro Cárdenas.

A partir de los años noventa, se comenzaron a popularizar los performance relacionados con la muerte. En ellos suelen presentarse cuerpos desnudos, y grandes cantidades de sangre, además de la representación del dolor y el olor de la carne descompuesta. Elvira Santamaría plantea una propuesta menos cruda, en donde sus puestas en escena evocan la fragilidad de la vida y el tránsito hacia la muerte (Rodríguez, 2000).

¹³ Esta tradición viene de Europa, donde se mandaban hacer pinturas del pequeño difunto en los siglos XVII y XVIII. En ese entonces era muy caro mandarse hacer una pintura, por lo que las fotografías se popularizaron rápidamente entre todos aquellos de escasos recursos.

2.7.4 Costumbres en torno a la muerte

Como hemos podido observar, las poblaciones rurales e indígenas son las que se encuentra aún más apegadas a las tradiciones del Día de Muertos, manteniendo la costumbre de levantar altares, decir rezos y asistir a los cementerios para estar en comunión con sus muertos.

Para esas fechas, los mercados capitalinos se atascan de productos que servirán para la celebración; vendiendo fruta en abundancia, chocolates, velas, veladoras y pan de muerto.

Se ha vuelto costumbre también, que con el uso de pequeñas cajas de cartón o recipientes de plástico que se asemejen a una calabaza, los niños pidan su "calaverita" (dinero) en las calles de la ciudad de México.

Sin embargo, en grandes sectores de las zonas urbanizadas la tradición se ha ido perdiendo. Se han ido dejando de lado el sentido espiritual y el motivo de convivencia y remembranza de los muertos para convertirse en un periodo vacacional más. En ésta decadencia los procesos de industrialización han jugado un papel muy importante, al alentar una modernidad en ocasiones mal entendida, en la que se fomentan hábitos y pautas de comportamiento ajenos a los mexicanos, como la celebración estadounidense del Halloween que ha ido cobrando fuerzas en las últimas décadas.

Ya no parece extraño ver en las fechas de la festividad del Día de Muertos, a niños disfrazados de brujas, vampiros, momias y cadáveres, para pedir por las noches en las casas vecinas su "jalogüin", que representa la versión gringa de la "calaverita" mexicana. Por su parte los jóvenes y adolescentes tienden a organizar fiestas tipo "disco" en alguna casa a la que suelen asistir todos disfrazados, tal como lo hacen los jóvenes estadounidenses. De la misma forma se crea en la ciudad un ambiente tipo halloween, en el que todos los comercios decoran sus locales con figuras de espantos y los restaurantes invitan a celebrar la noche de brujas. El motivo de esta celebración no está dirigido a los familiares ya muertos, sino a la llegada de los monstruos, fantasmas y brujas que vienen a espantar a los vivos.

¹⁴ La tradición del papel picado se popularizó desde su aparición en China hacia el año 105 d. C., y se adaptó muy bien a la costumbre mexicana de ofrendar papel a los dioses desde la época prehispánica.

La celebración del Halloween en México ha provocado fuertes reacciones en contra, por parte de ciertos sectores de la población que se consideran a sí mismos muy nacionalistas. Estas reacciones han convertido esto en una situación patriótica, de soberanía cultural, interpretada como una lucha de lo mexicano contra la imposición de costumbres extranjeras (Zarauz, 2000).

Tal situación puso una señal de alarma entre las autoridades culturales y sectores de la sociedad civil que conscientes de la importancia de la sobrevivencia de nuestras tradiciones¹⁵, se han interesado por revitalizar el Día de Muertos.

Los esfuerzos mantener las costumbres mexicanas adquirieron un mayor apoyo en la década de los ochentas, cuando instancias como el Departamento del Distrito Federal, Sociocultur, las delegaciones políticas e instituciones culturales, empezaron a fomentar actividades relacionadas con el Día de Muertos, como concursos de calaveras, colocación de ofrendas, exposiciones fotográficas y pictóricas alusivas al tema, representaciones teatrales, conferencias, danzas, recitales de poesía, muestras de arte popular, etcétera.

En Mixquic por ejemplo, se fundó un Patronato Pro Fiestas de Muertos en 1989; mientras que se ha ido fomentado el turismo hacia los lugares tradicionales de la celebración como Pátzcuaro y Mixquic (op. cit.).

2.7.5 Actitud del mexicano ante la muerte

Mucho se dice de que el mexicano siempre se burla de la muerte, que le trata de tu, que convive y juega con ella. Sin embargo, tales actitudes lo único que demuestran es el ocultamiento de un gran temor y respeto hacia la muerte. Bien dice Edurado Matos Moctezuma en la entrevista que le realiza Elena Enriquez (2000) para la revista Tierra Adentro: "(...)si usted sale ahora a hacer una encuesta y pregunta si es verdad que el mexicano se ríe de la muerte, todo el mundo le va a contestar que sí, pero si le pregunta si se rieron el día de la muerte de su madre, verá como ya no se rien tanto" (pág. 16).

Un ejemplo claro de esta situación, es la forma en que nos expresamos de la muerte a través del lenguaje. La forma desenfadada y coloquial con la que los mexicanos nos

¹⁵ La cultura es el mejor elemento para conservar una identidad y coherencia nacionales, pues ahí reside el alma de la nación y su forma de ser.

referimos a la muerte, tiene en el fondo a atenuar un poco el impacto en nuestra conciencia, como cuando contamos chistes "cruces", que en realidad se tratan de una catarsis, porque la risa destruye el miedo y el respeto, aliviando las tensiones que la muerte provoca.

Sobre esta línea, es bastante llamativo que cuando nos referimos a la muerte del otro, lo hacemos de tal forma como si nos disculpáramos o nos sintiéramos mal por hablar de ello. Así cuando nos referimos a la muerte de alguien, lo hacemos hablando de "el finado", o "el fallecido". Sólo cuando se trata de una persona más alejada de nosotros, entonces sí decimos "muerte", "murió" y "muerto" (Zarauz, 2000).

Así también, cuando queremos referirnos al acto de morir, hablamos de "emprender el último viaje" o "adelantarse en el camino", "irse para el otro lado", "petatearse", "pirar", "entregar el equipo", "colgar los guantes (o tenis)", "se bajó a adornar el suelo", "estirar la pata", "se lo llevó la tosata (o la huesuda)", "clavó el pico", "azotó la res" o "quedó tieso o frío". Los más católicos dicen que "se lo llevó (o lo llamó) Dios" o "que Dios lo tenga en su gloria". En cuanto a las frases para expresar el verbo matar se utilizan: "darle mate", "se le quebró", "se le echó al plato", etcétera. Por su parte, a la muerte en ton de burla se le llama "la calaca", "la calavera", "huesuda", "flaca", "pelona", "dientuda" o la "parca" (op. cit.).

Todas estas formas humorísticas de referirse a la muerte sólo pretenden restarle importancia para dominar mejor el miedo que en general produce.

Como podemos ver, la ritualidad con la que el mexicano enfrenta la muerte, se ha ido deteriorando con el paso del tiempo, especialmente en las grandes ciudades, donde al parecer los valores han cambiado.

Los mejores niveles de vida, los descubrimientos médicos y las nuevas comodidades han permitido prolongar la vida un poco más, lo que ha generado una nueva forma de percibir a la muerte. Para empezar se le ve más lejana y por lo mismo se le trata de ignorar. Sin embargo, esa distancia en realidad es sólo aparente, pues se podría decir que la muerte se acerca cada vez más con el aumento de los actos de violencia.

Cuando se mezcla el misticismo, la religión y las tradiciones, se genera una actitud como la que ha adoptado el mexicano ante la muerte: machista, envalentona y hasta desafiante. Con todos estos elementos culturales, místicos y socioeconómicos, es como se

ha forjado la personalidad el macho mexicano: valiente, no le teme a la muerte (porque desprecia la vida) y por eso canta "la vida no vale nada".

No obstante, esta actitud desafiante, en realidad encubre los profundos temores que por la muerte se tienen. De esta forma, los chistes, los juegos de palabras, la familiaridad y el desafío, más bien son atenuantes del impacto doloroso que nos produce la muerte.

Al respecto dice Rodríguez: "contamos con poco tiempo para reponer nuestro material genético, para trascender, y por ello nos apuramos a crecer, crear y reproducimos para no morir del todo. La muerte es la madre del afán y del deseo, nuestra referencia de vida y tiempo. La muerte es una presencia asidua en la obra de casi todos los creadores; en algunos casos como símbolo, en otros como evocación fantasmal, calavera vaciladora y hasta cadáver" (2000, pág. 45). Por eso el mexicano se deleita con su muerte, juega con ella, la hace dulce y pan, la devora en cráneos de amaranto, azúcar y chocolate que portan su nombre en la frente. También la ha transformado en adorno y la lleva a su casa en artesanías, juguetes y dulces que representan calaveras, ataúdes y esqueletos de distintos materiales. En fin, con el transcurrir de los años la muerte se ha convertido en un distintivo de nuestra cultura nacional.

CAPITULO 3

GENERALIDADES SOBRE LA MUERTE

3.1 Definiciones de muerte

A lo largo de los capítulos anteriores hemos hablado de "la muerte" como si se tratara de un concepto sobreentendido que no requiere de más explicación, sin embargo, a través de los años, ha sido necesario elaborar ciertas definiciones específicas de muerte por dos importantes razones: la primera de ellas trata del interés por delimitar el objeto de muerte, mientras que la segunda se refiere a la "urgencia práctica, basada en normas jurídicas reconocidas internacionalmente que permiten llevar a cabo la extracción de órganos, realizar los funerales y asegurar la transmisión del patrimonio" (Thomas, 1991, pág. 41).

Existen en la actualidad diferentes definiciones de muerte, que varían en función de toda una serie de factores como la disciplina que las conciba o el contexto sociopolítico donde se desarrollen; por ejemplo: la *Enciclopedia Soviética* define a la muerte como la detención de la actividad del organismo y la destrucción del individuo como sistema viviente autónomo; la *metafísica* establece que un humano muere cuando muere su conciencia, se le declara muerto no porque sus órganos hayan dejado de funcionar, sino porque ha muerto para la especie humana (Thomas, 1991). Desde un punto de vista *filosófico*, la muerte es la culminación de la existencia (Meyer, 1983). Por su parte las definiciones *médicas* de inspiración *crisitanana* destacan el dualismo alma/cuerpo y la distinción entre hombre y animal; así, para el doctor Bon (citado en Thomas, 1991), la muerte humana es la separación del alma y el cuerpo, mientras que la de los animales representa la cesación definitiva de las funciones biológicas fundamentales.

No obstante, por fines prácticos de este trabajo, al hablar de *muerte* nos referiremos concretamente a la siguiente definición biológica que da Thomas: "La muerte biológica consiste en la detención completa y definitiva, es decir irreversible de las funciones vitales, especialmente del cerebro, corazón y pulmones; a la pérdida de la coherencia funcional

sigue la abolición progresiva de las unidades tisulares¹ y celulares. La muerte opera, pues, a nivel de la célula, del organismo y, en última instancia, de la persona en su unidad y especificidad" (1991, pág. 21).

3.2 Criterios para definir la muerte

Cada vez más las definiciones de muerte se ajustan a los criterios que se emplean para confirmarla. Antes era suficiente comprobar la detención del pulso y del corazón, la cesación de la respiración, la falta de receptividad y de reacciones a los estímulos sensoriales, la pérdida de la conciencia, la midriasis² fija bilateral, la anatomía y la arreflexia. Pero actualmente no sólo se evalúan dichos indicios con métodos más confiables, sino que también se ha incorporado la certidumbre del trazado encefalográfico nulo que debe ser persistente (de 8 horas a varios días) e ininterrumpido; y a condición de que el sujeto no haya usado ninguna droga depresora en dosis anestésica o terapéutica y no haya entrado en estado de hipotermia accidental o provocada (Thomas, 1991).

3.3 La muerte como un proceso

A excepción del médico, que está obligado a extender un certificado donde se autorice la incineración o la inhumación; o del médico forense, que debe determinar el momento exacto en que falleció un sujeto, la muerte no se produce en un instante preciso, siempre se muere progresivamente, no sólo en la agonía sino también en la muerte súbita. Desde este punto de vista la muerte es un proceso, no un estado.

En su libro "La muerte", Lous-Vincent Thomas (1991) describe cuatro niveles que conforman el proceso gradual de muerte, mismos que se enumeran a continuación:

1º De la muerte aparente o relativa: se pierde la conciencia de manera prolongada, donde el sujeto pierde sensibilidad además de tono muscular³, sufre de paro respiratorio y

¹ Tisular: perteneciente a los tejidos.

² La midriasis es la dilatación anormal de la pupila con inmovilidad del iris.

³ Se le llama tono muscular a ligeras contracciones de las fibras musculares que permiten mantener la postura de una extremidad y la capacidad para resistir la elongación o el estiramiento pasivo.

debilitamiento de la actividad cardíaca y circulatoria. En estos casos, la persona puede volver a la vida y recobrar la conciencia. A veces de forma espontánea, voluntaria y controlada (como en el caso de los yoguis⁴, capaces de controlar su ritmo cardíaco) o bien, a través de las técnicas de reanimación.

2º De la muerte clínica (o desaparición de la aptitud para la vida integrada): cesan la actividad cardíaca y respiratoria, así como los reflejos, la conciencia y la vida de relación. No obstante, las reacciones metabólicas de los tejidos subsisten en ciertas condiciones y el retorno a la vida es posible, a menos de que falte irrigación sanguínea al cerebro por más de cinco a ocho minutos (anoxia).

3º De la muerte absoluta: se trata de la acumulación irreversible de las muertes funcionales y orgánicas parciales, que se ha definido por la muerte cerebral. La vida vegetativa que no puede prolongarse sin asistencia, que es lo que sucede en el "coma sobrepasado" o muerte para la vida.

4º De la muerte total: es cuando ya no quedan células vivas.

Es importante mencionar, que el proceso de muerte se sigue dando aún después del último suspiro, ya que las células nerviosas sobreviven apenas unos minutos en estado de anoxia y poco después mueren las células hepáticas, renales y glandulares, mientras que los epitelios resisten dos o tres días.

3.4 Tipos de muerte

Las causas que provocan la muerte pueden dividirse en dos grupos: *endógenas* y *exógenas*. Las primeras llevan a lo que Thomas (1991) llama la muerte *genética* o *natural*, momento normal de nuestro destino biológico; determinado por factores químicos endógenos activamente responsables. Las causas *exógenas* por su parte, fuentes de *muerte accidental*, provocan un acontecimiento sobreañadido y perturbador en relación con el programa genético. El organismo que debe fenecer desencadena por sí mismo su proceso de autodestrucción, a la vez fisiológico y psicológico, el sujeto simplemente se deja morir, se descompensa y abandona su lucha por sobrevivir.

⁴ El yogui es un asceta hindú que alcanza busca alcanzar la perfección mediante la práctica del yoga.

Desde este punto de vista, existen diferentes tipos de muerte de acuerdo a los factores que la provocan.

La *muerte natural* suele ser resultado de un infarto, accidentes vasculares cerebrales, hemorragias digestivas, pancreatitis aguda hemorrágica, cirrosis descompensada o bronconeumopatías y embolias pulmonares. Sin embargo, de acuerdo con Meyer (1983) ésta se suele relacionar también con otra serie de elementos, como la evitación de la muerte violenta, y a un morir sin angustia tras una vida colmada, tratándose de esta manera de algo más que una simple muerte por agotamiento biológico. Este tipo de muerte resulta el ideal de la mayoría de la gente, ya que representa una muerte rápida, pacífica y poco dolorosa en la cama.

La *muerte violenta* en cambio, es resultado de catástrofes, accidentes de trabajo o circulación, homicidios, ejecución de pena de muerte o suicidios.

La *muerte sospechosa* se trata de la muerte cuyas causas no resultan claras. Se plantea un problema médico-legal, en el que el permiso de inhumación suele postergarse hasta que sea posible eliminar la posibilidad de un agresor potencial o descubrir una causa de muerte natural (Thomas, 1991).

En la *muerte súbita* la persona es tomada por sorpresa sin rituales de despedida y sin agonía previa. Según el autor, en principio el sujeto no advierte que se está muriendo, por lo que es imposible llevar a cabo el *trabajo de la muerte*. Se dice que el cerebro es capaz de mostrar una gran cantidad de imágenes en la conciencia en pocos segundos. En realidad nada se sabe sobre la vivencia de la muerte en estos casos. Lo que sí es certero es que la muerte súbita resulta muy traumática para los sobrevivientes y suele ser envidiada por pacientes que padecen de enfermedades largas e invalidantes como el cáncer; ya que permite evitar el sufrimiento de la toma de conciencia del deterioro orgánico, del dolor físico y el dolor psicológico ante la proximidad de la muerte (Alizade, 1996).

Es importante agregar en esta clasificación a la *eutanasia* como otro tipo de muerte. Esta se refiere a el provocar la muerte del paciente que experimenta un sufrimiento insoportable o una degradación insostenible, principalmente si ha entrado a la etapa final. Cuando todo se ha intentado, cuando todo es irremediable o humanamente insoportable para el paciente y para quienes lo rodean, la eutanasia se convierte, en la salida de emergencia en un momento profundamente dramático de ayuda al moribundo. No obstante

para poder llevarse acabo debe cumplir con tres condiciones: 1ª no debe ser incumbencia exclusiva del equipo médico, 2ª no debe ser prematura, ya que al igual que la desconexión, eliminaría el trabajo psicológico fundamental que todo moribundo realiza espontáneamente antes de caer en coma y que constituye un momento esencial en el acto de morir y 3ª es necesario que la lucha contra la muerte supere las fuerzas del enfermo para quien la vida ya no tiene sentido o que no logra encontrar un sentido humano al tiempo que lo separa del fin y no haya realmente nada más que hacer (Thomas, 1991).

3.5 Signos de tanatomorfosis

Thomas (1991) menciona que tras la muerte existen los siguientes cambios físicos en las personas tras fallecer:

- *Enfriamiento del cuerpo*: normalmente empieza durante la agonía y se hace más notable dos o tres horas después del deceso.
- *Rigidez cadavérica*: suele ser uno de los signos más seguros del fallecimiento. La rigidez sigue al estado de flaccidez inicial. Primero afecta al rostro (principalmente los músculos masticadores) y luego se extiende por la nuca, el tronco y los miembros. Las características de la rigidez son: mandíbulas apretadas, masticadores rígidos, semiflexión de los miembros superiores, extensión de los inferiores, hiperextensión de la cabeza sobre el tronco, miosis⁵ pupilar (retracción) que reemplaza a la midriasis (dilatación), piel como carne de gallina, contracción rectal y uterina con rechazo de contenido. Todo esto se da entre 24 y 72 horas después del fallecimiento, y a su término se da paso a la putrefacción del cuerpo.
- *Deshidratación*: explica la pérdida de peso del cadáver: un promedio de un kilogramo por día aproximadamente. Los ahogados no presentan este signo.
- *Livideces cadavéricas*: se pueden observar a partir de la quinta hora posterior al deceso. Tanto la sangre como diversos líquidos del organismo, por medio de la fuerza de gravedad se concentran en las partes más bajas del cadáver, en función de la posición en que se encuentre. Se crean manchas redondeadas que se unen en placas o en grupos de

⁵ La miosis es la contracción anormal permanente de la pupila del ojo.

punto de color rosa azulado, rojo claro, azul oscuro o negrozco. Estas marcas llegan al máximo entre las 12 y 15 horas y no se modifican aunque se mueva al cadáver por lo que se les denomina "manchas de posición".

En este capítulo podemos ver que la muerte simplemente "es", no tiene intención (como salvar o castigar a alguien), ninguna clase de pretensión (como hacer sufrir tanto al moribundo como a los que le sobreviven, o por el contrario alegrar a una persona con la muerte de otra), o valoración especial (buena o mala, oportuna, inoportuna). La muerte simplemente *es*, ya sea proceso, estado o final (según el punto de vista desde el que se le mire) y se presenta por las causas y en las formas ya mencionadas anteriormente, pero nada más.

Somos nosotros los que la clasificamos como mala cuando llega en un momento que no queríamos, como oportuna cuando le quita a un enfermo su sufrimiento, como algo terrible cuando nos separa de aquellos a quienes amamos y como castigo para quienes han cometido grandes crímenes... Todo eso está en nuestros pensamientos, sentimientos e imaginación, pero la muerte sólo *es*.

Esto debe quedar muy claro a la hora de trabajar con los ancianos con dificultad para enfrentar la muerte, que le tengan miedo, que les genere cierto grado de angustia y malestar que les impida continuar con lo que les queda de vida de una forma tranquila y lo más agradable posible.

CAPITULO 4

LA VEJEZ Y LA MUERTE

Es probable que la muerte sea lo más certero que tenemos en la vida. Cada persona cuando nace tiene una gran variedad de caminos a seguir conforme va creciendo, y cada uno de estos caminos a su vez tiene miles de bifurcaciones por las cuáles andar. A pesar de que se suele preparar un plan de vida para el ser que nace, las probabilidades de que se le hagan modificaciones son muy grandes. Los papás de un pequeño pueden desear que estudie Medicina o Leyes, pero a fin de cuentas el niño puede decidirse por Astronomía si es lo que más prefiere, u optar por no estudiar y dedicarse a algún oficio en particular. O ya en un caso más extremo, una pareja puede tener a un niño con problemas de aprendizaje y este simple hecho seguro modificará no sólo el plan de vida que tenían para el niño, sino también para ellos como familia. La vida nos tiene muchas sorpresas, pero la muerte es algo de lo que todos estamos plenamente seguros.

La muerte como fenómeno, como hecho, como proceso, tal como la describíamos en el capítulo anterior, es sólo eso: un término, un punto final. Sin embargo, en el fondo es tan significativo que no nos basta la vida para poder asimilarlo y mucho menos aceptarlo. Ya hemos visto toda la serie de ritos que se han generado ante ella desde el momento en que el hombre empezó a habitar la tierra. Ceremonias, rezos, danzas, ofrendas, sacrificios, y demás representaciones, realizadas con ferviente esfuerzo en un intento por comprender, apaciguar, y hasta cierta forma, hacer las paces con la muerte. Todo esto generado a partir de un terror a la muerte que venimos arrastrando desde nuestros antepasados.

Ahora que es más difícil creer en cosas reconfortantes, nuestra sociedad teme aún más a la muerte, siendo a veces tan grande el miedo, que resulta muy frustrante no encontrar un apoyo adecuado para sobrellevar dicha situación.

Desde pequeños se nos enseña a no pensar en la muerte, a ignorarla, evadirla, a no tenerla presente. Sin embargo, conforme van corriendo los años, a pesar de nuestros esfuerzos por no pensarla, se nos va haciendo cada vez más presente. Con la muerte de algún familiar, por estar "cerca de ella" en algún accidente, por padecer o estar en contacto

con personas que sufran enfermedades terminales o porque al igual que el resto de la gente de nuestra generación, vamos envejeciendo.

Los ancianos, al igual que los enfermos terminales, son personas que se "codean" con la muerte. Nunca nadie sabrá con certeza el momento exacto en el que va a llegar, sin embargo, de lo que sí están seguros es que con cada día que pasa, se va acercando un poco más.

Las personas mayores, que son el objetivo de este trabajo, tienen que lidiar con sus miedos, sus inquietudes y su dolor prácticamente solos, porque existen pocas instancias a su alcance a las que puedan acudir para solicitar orientación en este ámbito. Este estudio pretende ser una propuesta de utilidad para apoyar a las personas que sufren de esta angustia durante la etapa final de sus vidas; y es por ello que considero de extrema importancia hacer primero una revisión teórica de todo lo que implica la vejez como la última etapa en la vida del hombre.

4.1 Definición de vejez

Por lo general cuando pensamos en *vejez*, lo primero que nos llega a la mente es la imagen de una persona de "mayor edad", a la que inmediatamente le teñimos el cabello de blanco, marcamos en su rostro y cuerpo una gran cantidad de arrugas, le dibujamos en la piel unas cuantas manchas, le quitamos algunos dientes, le ponemos unas gafas y tal vez un bastón; le quitamos el empleo, lo sentamos en una mecedora, lo dejamos en un rincón, subimos el volumen de la voz cuando le llamamos por su nombre porque sabemos que no nos va a escuchar con claridad y nos quejamos de lo molesto que es su terquedad, su mal humor, su constante llanto, su falta de atención, sus achaques y sus continuos olvidos... A grandes rasgos vemos la *vejez* como una etapa de declive donde la mayor lucha es contra el tiempo por lo que ya muy poco –o nada- puede llegar a hacerse.

En realidad, todos los aspectos que acabamos de mencionar son características que han ayudado a definir lo que es la *vejez*.

Si nos damos cuenta, una de las primeras características que vienen a nuestra mente al tocar el tema es la edad. Solemos pensar que alguien es *viejo* sólo por ser mayor que nosotros y no vacilamos al afirmar que una persona mayor de 65 años es definitivamente un

viejo. Desde este punto de vista al que diversos autores¹ llaman *cronológico*, se piensa que "la vejez es el estado de una persona de edad avanzada" (Laforest, 1991, p.38) donde el denominador común es el crecimiento en edad y consecuentemente, la disminución de la expectativa de vida; es decir, que conforme más avancen los años, menos tiempo nos queda para vivir. Definitivamente, la edad resulta un importante aspecto a considerar para definir la *vejez*, sin embargo no es el único. En la sociedad occidental se acostumbra pensar que se es viejo al llegar a los 65 años porque se relaciona con la edad legal para la jubilación. Además, ¿cuántas veces no se ha visto a personas de edades muy avanzadas en condiciones físicas y psicológicas tan sanas como las de otras más jóvenes?. En algunas ocasiones encontramos a individuos jóvenes en condiciones menos favorables que personas de mayor edad. Es por ello que definir la vejez únicamente en función de la edad resultaría bastante ambiguo. Autores como Mishara y Riedel (1986), Moragas (1991) y Laforest (1991), sugieren que aparte de la edad deben considerarse otras características: las físicas-biológicas, las psicológicas y las sociales, para poder complementar la definición.

En nuestra imagen inicial del *viejo* describíamos claramente su aspecto físico: el cabello blanco, las arrugas, las manchas en la piel y la falta de dientes; así como sus diversas discapacidades físicas, como una notable disminución en la capacidad visual y auditiva, o su dificultad para caminar sin algún tipo de apoyo tal como un bastón. Así es, el cuerpo humano sufre toda una serie alteraciones a lo largo de su vida, cambios biológicos que repercuten directamente en su aspecto físico, en sus capacidades y habilidades físicas. Entonces, de la misma manera como la pubertad y adolescencia se caracterizan por ciertos cambios biológicos y físicos (como la menstruación, el ensanchamiento de las caderas, o el crecimiento del busto en las niñas, y el cambio de voz o el crecimiento del vello en los niños) la vejez se caracteriza por otros que en vez de relacionarse con una mayor vitalidad como en la adolescencia, se equiparan inmediatamente con un proceso de decadencia. De esta forma, la vejez también es "un proceso de decadencia estructural y funcional del organismo humano" (Laforest, 1991, p. 36). Pero como la vejez implica más que una serie de cambios biológicos y físicos evaluados en función de la edad y el tiempo, describiremos otra de sus características.

¹ Como Mishara y Riedel (1986), Moragas (1991) y Laforest (1991).

Con el paso de los años, conforme el individuo se va desarrollando, empiezan a haber también cambios psicológicos, que van desde modificaciones en la conducta diaria del individuo hasta en sus cogniciones. Los mismos cambios físicos y biológicos que sufre la persona, suelen repercutir en otros aspectos, uno de ellos es su estilo de vida. Dado que su cuerpo no soporta actividades que requieran alto desgaste físico, cambia su rutina diaria por acciones que no necesiten mucho esfuerzo. Algunos dejan de trabajar, otros tienen que asistir con mayor frecuencia al hospital, unos siguen tratamientos especiales en casa y otros tantos se encuentran más tiempo para dedicarse a cosas que antes no tuvieron oportunidad de hacer. De la misma forma, se ven afectadas otras capacidades del individuo, tales como la memoria, la percepción, la capacidad de aprendizaje y de resolución de problemas, la creatividad y el razonamiento. Por lo general, conforme pasa el tiempo, se encuentra una notable disminución de la memoria y una mayor dificultad para aprender nuevas cosas.

Junto con los constantes cambios en sus actividades, su aspecto y sus capacidades, el individuo modifica también su percepción de sí mismo. Se ve en el espejo y ya no ve al ser fuerte, vigoroso, audaz, habilidoso, capaz e independiente que algún día fue. En su lugar encuentra un cuerpo decrepito, desgastado, cansado, cada vez menos capaz de valerse por sí solo, con un futuro cada vez más oscuro y -en la mayoría de los casos- bastante aterrador. Descubre que toda la vida que un día tuvo por delante ya ha quedado atrás, y que con un reloj de cuenta regresiva que marca los últimos días de su vida, avanza poco a poco hacia donde termina todo: el final de su vida, enfrentándose así, cara a cara con su propia muerte. Esta nueva imagen de sí mismo desencadena una gran diversidad de emociones, sentimientos, pensamientos, ideas, necesidades y motivaciones que en el mejor de los casos se expresa -aunque no sea siempre de la manera más adecuada- y en el peor de ellos se mantiene oculto, callado, guardado para sí mismo, sin poder recibir la más mínima ayuda; y todo ello porque en la actualidad resulta muy difícil encontrar y brindar ese tipo de apoyo. Encontramos así que la vejez también se trata de un *proceso de deterioro de las capacidades cognitivas y conductuales de los individuos*.

La última característica que los autores ya antes citados consideran importante es la social. Decíamos que con todos los cambios que sufre la persona, se altera también la percepción que tiene de sí misma; bueno, pues de la misma manera, cambia también la percepción que los demás tienen de ella. No se ve más ni se trata igual a alguien que

cumple con las características antes descritas. De acuerdo con Laforest (1991, p.37) la vejez es *"la edad de la jubilación como consecuencia del declive biológico acarreado por el proceso de envejecimiento"*; lo que supone que llega un momento en que los cambios físico-biológicos de las personas, se vuelven un impedimento para que realicen adecuadamente su trabajo, o bien, éste último se convierte en una amenaza para su salud. Es por eso que llegado ese momento, se les despide de su empleo y se les expulsa de la comunidad económicamente activa. Todo esto trae también una gran cantidad de consecuencias para el individuo jubilado, nuevamente tiene que alterar su estilo de vida, sus costumbres, sus actividades, su forma de pensar y actitud ante la vida. De hecho el mismo papel que desempeña en los diferentes ámbitos de su vida se ve alterado. En la mayoría de las ocasiones, los padres dejan de ser el soporte de la familia para volverse dependientes de sus propios hijos, son tomados menos en cuenta para decisiones importantes, difícilmente alguien llega a emplearlos, sus familiares tienden a alejarse de ellos y poco a poco se les va excluyendo de la sociedad.

Como podemos observar, definir lo que es la *vejez*, no es tan sencillo. En su libro *Introducción a la gerontología. El arte de envejecer* Laforest (1991) sugiere la siguiente definición que deriva de la gerontología: *"la vejez es el estado de una persona que, por razón de su crecimiento en edad, sufre una decadencia biológica de su organismo y un receso de su participación social"* (p. 40). Esta resulta ser una definición bastante global, que abarca las características que describimos anteriormente, sin embargo, me parece que le falta una muy importante: la psicológica. En la definición se habla del "crecimiento de la edad", lo cual trata de abarcar la característica cronológica de la vejez; de la "decadencia biológica de su organismo", que trata de los cambios bio-físicos; y del "receso de su participación social", que implica aspecto social de la vejez. ¿Y en dónde queda lo psicológico entonces?. Me parece que una forma más global y adecuada de definir la vejez sería la siguiente: *la vejez es una etapa² de la vida en la que por razón de su crecimiento en edad, la persona sufre una decadencia biológica de su organismo, un deterioro de sus capacidades cognitivas y conductuales y una disminución de su participación social.*

² En esta ocasión sugiero utilizar la palabra "etapa" en vez de "estado" puesto que de acuerdo con Mishara y Riedel (1986), la primera supone una condición o situación diferente de aquella que la precede o la sigue inmediatamente, además de suponer una progresión; en cambio, un "estado" a pesar de que también es diferente del que le precede o le sigue, no supone una sucesión ordenada.

Partiendo de esta definición, a continuación describiremos con mayor detalle todos estos cambios de los que hemos venido hablando que caracterizan a la vejez.

4.2 Aspectos biológicos de la vejez

Hablamos de la vejez como una etapa, sin embargo, para llegar a ella se pasa por un lento proceso al que llamamos *envejecimiento*. ¿Por qué la gente envejece?. Esta es una cuestión que ha desencadenado un sin número de investigaciones en busca de la respuesta. Pero en realidad todavía no existe un acuerdo entre los distintos resultados como para llegar a una conclusión definitiva. El interés en estos estudios no sólo radica en dar cuenta de los fenómenos que afectan al cuerpo humano, sino que también se pretende, que a partir de ello, se pueda desarrollar algún "antídoto" para evitar o revertir este inevitable proceso.

De acuerdo con Mishara y Riedel (1986), existen las siguientes teorías principales que explican las causas del envejecimiento: 1) del debilitamiento del sistema inmunológico; 2) del envejecimiento celular; 3) de las modificaciones del sistema endocrino; 4) genética; 5) del desgaste y 6) de los desechos. A continuación describiremos cada una de ellas.

1. *Teorías del debilitamiento del sistema inmunológico.* Esta teoría supone que el sistema inmunológico se va volviendo menos eficaz con el tiempo, provocando por un lado, una disminución de los mecanismos de defensa (haciendo al cuerpo más susceptible a las enfermedades) y por otro, una mayor dificultad para distinguir entre las partes sanas del organismo y los invasores (haciendo que las propias defensas ataquen al mismo cuerpo).
 2. *Teorías del envejecimiento celular.* Estas teorías suponen que el envejecimiento se da por la muerte de un creciente número de células del cuerpo. Y que una de las razones por las que las células mueren es por un defecto de la molécula de ADN que provoca una codificación deficiente o pérdida de información en las células.
-

3. *Teorías de las modificaciones del sistema endocrino.* Estas suponen que el envejecimiento podría ser resultado de una modificación de la producción o de la liberación de sustancias químicas en el organismo. Aunque en realidad les resulta difícil precisar si las modificaciones endocrinas son la causa o el efecto del envejecimiento.
4. *Teorías genéticas.* Es sabido que la edad en que fallecen los padres y los abuelos de los seres humanos son un índice de la esperanza de vida de los descendientes; es por ello que dichas teorías son partidarias de que en el código genético está la respuesta al envejecimiento. Sin embargo, es difícil saber con exactitud qué aspectos son determinados por factores genéticos, o por el estilo de vida o por el entorno.
5. *Teoría del desgaste.* Supone que todas las partes del cuerpo se desgastan con el tiempo y que es este desgaste el que provoca el envejecimiento. Sin embargo, se piensa también que la actividad y los ejercicios físicos pueden influir en la salud y longevidad de los individuos, dado que tienen un efecto sobre la duración de las partes del cuerpo. Apoyando esta teoría, Selye (1974, citado en Mishara y Riedel, 1986), estudió un gran número de actividades y las clasificó en "positivas" y "negativas" en función del efecto que provocan en las distintas partes del cuerpo. Sin embargo, se cree también que lo "positivo" o "negativo", puede depender más de la forma en que la persona lo percibe, en lugar de su propia naturaleza.
6. *Teoría de los desechos.* El cuerpo humano produce ciertos desechos y los elimina por medio de procesos naturales. Esta teoría sugiere que poco a poco el cuerpo va disminuyendo su capacidad de eliminación, generando así, una acumulación de desechos que perjudican la actividad celular normal y el mismo proceso de purificación, además de desencadenar y acompañar el proceso del envejecimiento.

Ya sea por que nuestras defensas se vuelven más débiles, porque las células de nuestro cuerpo mueren, porque se segregan ciertas sustancias químicas dentro del cuerpo, porque nos lo han heredado nuestros ancestros, porque el cuerpo se desgasta, porque no puede eliminar sus desechos, o por todas las anteriores, como sea, envejecemos, y esto se

refleja como ya lo habíamos dicho, en cambios en nuestro físico y nuestras capacidades. Describiremos ahora dichos cambios.

La información que sigue se obtuvo en su mayoría de estudios transversales, es decir, de observaciones de diferentes personas en el mismo momento. De ninguna forma existe acuerdo sobre la forma en que se aplican a los casos particulares las diferencias encontradas. Es por ello que sería muy conveniente realizar estudios longitudinales que evaluaran los rasgos de evolución (Mishara y Riedel, 1986 y Kalish, 1996).

4.2.1 Cambios en las estructuras y la apariencia del cuerpo

Nuestro aspecto va cambiando gradual y lentamente, sin que podamos notarlo con facilidad. Una de las formas en mejor podemos percibirlo es cuando observamos fotografías que nos fueron tomadas en distintas épocas y así podemos descubrir cuán diferentes somos desde ese entonces. Los cambios físicos de los que ya hemos hablado, tienen su raíz en modificaciones estructurales del organismo tal como lo explicaremos ahora.

1. *Modificaciones en el sistema piloso.* Estas modificaciones afectan al vello y los cabellos en su distribución, color, espesor y fuerza. De las primeras y más comunes consecuencias de esto son las canas; los individuos ven como poco a poco su cabello se va volviendo gris o blanco. También pueden notar que sus cabellos pierden cuerpo, se hacen menos espesos o menos fuertes. Algunos –en su mayoría hombres- llegan a padecer calvicie; y otros tantos –hombres y mujeres- notan como aparece vello en ciertas partes del cuerpo; por lo general en el mentón y el labio superior de las mujeres y en las orejas y fosas nasales de los hombres.
2. *Modificaciones en los huesos.* Con la osteoporosis, los huesos se tornan más porosos, se acentúa la curva natural de la columna vertebral (cifosis), la cavidad torácica disminuye de volumen y las costillas se desplazan hacia abajo y hacia delante. Este repliegue del cuerpo sobre sí mismo disminuye la talla de las personas y estorba su movilidad además de cambiar radicalmente su apariencia. Este proceso inicia entre los 30 y 40 años.

Cuando la osteoporosis alcanza un estadio avanzado, las fracturas de cadera o de pierna en las personas de edad pueden ser la causa, más que el resultado de una caída.

3. *Transformaciones de las estructuras metabólicas y celulares.* En el nivel de las células y tejidos hay una pérdida de componentes como el ADN y un aumento de tejidos grasos y fibrosos a expensas de los tejidos delgados. Estos cambios se encuentran muy ligados a la alimentación, el entorno y el ejercicio. Si a partir de los 30 años, los individuos no cambian su alimentación a una más saludable y balanceada y además no hacen ejercicio, su organismo empieza a acumular grasa, misma que se concentrará en diferentes partes del cuerpo, pero sobre todo en el área de la cintura.
4. *Modificaciones del sistema histológico* (de los tejidos orgánicos). Con el paso del tiempo, los tejidos grasos subcutáneos sufren ciertas modificaciones y con el aumento de las proteínas fibrosas³, la lipofuscina⁴ y el colágeno⁵, pierden elasticidad, estos factores son los que provocan la aparición de las arrugas en la piel. Así mismo las células de pigmentación del sistema histológico se hipertrofian⁶ y producen manchas en la piel a las que se les denomina *Lentigo senilis*. Por último, las glándulas sudoríparas y sebáceas se atrofian y de esta manera resecan la piel y obstaculizan su proceso normal de sudoración.
5. *Modificaciones en la composición global del cuerpo.* Estas modificaciones son cuatro y repercuten fuertemente en el régimen alimenticio y en los efectos de la medicación, ya que por un lado facilitan la dispersión de algunas sustancias en el cuerpo (como el alcohol) mientras que la dificultan más por el otro (como el valium), provocando así que la absorción de ciertas sustancias aumenten su concentración en el organismo. La primera de estas modificaciones es la disminución en un 17% de la masa magra del cuerpo; la segunda de ellas es el aumento de la proporción de grasa en un 35%; la

³ Las principales son el colágeno, la queratina, el fibrinógeno y proteínas musculares.

⁴ El aumento de esta sustancia y de otros elementos asociados al envejecimiento no sólo se da en la piel, sino también en otros tejidos como los del sistema nervioso central, lo que es muy problemático puesto que este tejido no puede reproducirse y una vez dañado, se pierde para siempre.

⁵ Constituyente de la sustancia fundamental de los tejidos conjuntivo óseo y cartilaginoso, que por el calor se convierte en gelatina.

tercera es la disminución de la cantidad de agua total del cuerpo en un 17% y la última el aumento del volumen plasmático⁷ en un 80% y todas ellas se dan de los 20 a los 80 años de edad aproximadamente. Gracias a la acción metabólica del hígado y las funciones renales algunas de las sustancias son eliminadas antes de que se acumulen; sin embargo, entre ese mismo rango de edades, los riñones y el hígado pierden el 35% de su eficiencia, razón por la cuál, que se modifican también los efectos de ciertos medicamentos cuando se administran a personas de edad.

6. *Cambios celulares.* Un ciclo celular implica la serie de acontecimientos que se llevan a cabo entre la mitosis⁸ de una célula y la mitosis de la nueva célula procedente de la división inicial. El ciclo generalmente varía en su duración y en las transformaciones químicas que lo constituyen, y de acuerdo con los estudios de Bazerga (1977, citado por Mishara y Riedel, 1986), con la edad aumenta la duración de dicho ciclo y se genera una acumulación de errores sobrevenidos en el curso de la reproducción a la que se le añade una reducción de las capacidades de restauración.
7. *Modificaciones del sistema pulmonar.* La osteoporosis y los cambios de los tejidos musculares al disminuir la capacidad torácica reducen el volumen de aire que puede ser absorbido. Por otro lado, las paredes de los alveolos⁹ pierden elasticidad y permeabilidad, con lo que se reduce la tasa de penetración del oxígeno en la sangre. Otros factores que pueden alterar al sistema pulmonar son las enfermedades crónicas como la bronquitis.
8. *Modificaciones del sistema cardiovascular.* Con la degeneración del corazón, las arterias, las venas y los vasos capilares disminuye la capacidad máxima del corazón y el número total de latidos. Cuando las arterias pierden su elasticidad, éstas pueden quedar

⁶ Se desarrollan excesivamente.

⁷ El plasma es la parte líquida de la sangre, que contiene en suspensión los elementos sólidos que la componen.

⁸ División de una célula en dos nuevos núcleos.

⁹ El aire entra y sale de los pulmones por contracción y dilatación del músculo del diafragma. Cuando el aire entra en los pulmones, se extrae el oxígeno y pasa a la sangre a través de las finas paredes de los microscópicos saquitos de aire llamados alveolos (Brewer, 1998).

parcialmente bloqueadas por la aterosclerosis¹⁰, y cuando esto sucede, el diámetro de los conductos disminuye provocando una mayor presión en la sangre, fenómeno al que conocemos como hipertensión.

9. *Cambios en la nutrición, la digestión y la eliminación.* Con el paso de los años, se van disminuyendo las actividades y ejercicios físicos, lo que aunado con las modificaciones moleculares del cuerpo de las que hablábamos en el punto tres de este apartado, provocan que el cuerpo requiera menos alimento para mantenerse en su peso adecuado. Desafortunadamente, como la mayor parte de las personas no cambian sus hábitos alimenticios, la vejez suele venir acompañada de un incremento de peso (a menos de que se padezca de alguna enfermedad crónica como la diabetes o que se sufra de un déficit vitamínico o de minerales, que disminuyan el peso de la persona). Es un hecho que mantener un peso conveniente es la mejor forma de evitar los desórdenes funcionales de la vejez. Esta etapa de la vida también se caracteriza por la pérdida paulatina del apetito; esto puede deberse a diferentes factores como una depresión, el precio de los alimentos y la dificultad para obtenerlos y prepararlos. La reducción del consumo de alimentos también repercute en una disminución en la frecuencia y el volumen de las deposiciones. Este cambio suele preocupar a los viejos, que al dejar de ir al baño con la frecuencia que lo hacían, se creen estreñidos y toman laxantes que sólo les provoca más daño a su organismo. Por el contrario, se reduce la capacidad de la vejiga al perder elasticidad, y por ello las personas de edad aunque en menores cantidades, orinan con una mayor frecuencia, lo que suele ser un factor que perturba el sueño.

4.2.2 Cambios en las funciones sensoriales

De acuerdo con Mishara y Riedel (1986) y Kalish (1996), los cambios en las estructuras y la apariencia del cuerpo son acompañados por otras modificaciones que tienen que ver directamente con las funciones sensoriales de las personas, cuya importancia radica

¹⁰ En la aterosclerosis se deposita y acumula materia lipóide en las membranas o tejidos que envuelven los órganos del cuerpo.

en la medida en que éstas afectarán la vida cotidiana de las personas y en los remedios que puedan aportarse. Revisémoslas a continuación.

1. *Alteraciones en la visión.* Conforme se va envejeciendo, la córnea pierde parte de su elasticidad y de su tamaño, lo que provoca una disminución gradual de sus capacidades de enfoque, de percepción de profundidad, de distinción de colores y de adaptación a las variaciones de iluminación. Es por ello que a las personas de edad les cuesta trabajo reconocer ciertos objetos que se encuentren muy lejanos o por el contrario, demasiado cerca; llegan a confundir algunos colores; requieren de una mayor iluminación para leer o se deslumbran con mayor facilidad. Afortunadamente en la actualidad, la mayoría de estas dificultades pueden corregirse por medio de cirugías o con el uso de gafas, sin embargo, son tan diversos los decrementos visuales que en ocasiones una sola persona sufre, que a veces resulta bastante difícil corregir todas estas deficiencias con un solo par de gafas. Otra de las afecciones comunes de la edad es la de las *cataratas*. Esta afección reduce proporcionalmente la cantidad de luz que alcanza la parte sensible de la retina, falsea los colores y dificulta tanto la visión como la percepción adecuada de los objetos. Todo esto se debe por el amarillamiento o la decoloración de la córnea.
2. *Alteraciones en la audición.* Se cree que la pérdida de la audición se debe a infecciones, a enfermedades y a factores del medio ambiente, como lo son el ruido del tránsito, de maquinarias, el bullicio de la gente u otro tipo de sonido intenso. La mayor parte de las pérdidas son selectivas en vez de totales, y afectan más al umbral de audición de sonidos de alta frecuencia (de sonidos agudos) que al de sonidos de baja frecuencia (sonidos graves). La pérdida de altas frecuencia distorsiona la percepción de la voz. Como las consonantes tienen una frecuencia más alta que las vocales, se deforma el ritmo y el matiz normal de las palabras, haciéndolas cada vez más confusas¹¹. Como se trata de la distorsión de sólo ciertas frecuencias, no es bueno gritar o subir el volumen de la plática porque esto sólo aumentaría al confusión. Lo más conveniente es hablar más despacio y valerse de ciertas señas y mayor expresión que ayuden al individuo comprender mejor la conversación. Las pérdidas auditivas, tienden a aislar a las

¹¹ La pérdida de la capacidad para percibir las altas frecuencias se denomina *presbiacusia*.

personas de sus grupos sociales. Afortunadamente el uso de vacunas y de antibióticos contra las enfermedades infantiles, se ha podido reducir la tasa de incidencia de los problemas auditivos generados por enfermedad en la gente joven.

3. *Alteraciones en el gusto, olfato y tacto.* El resto de las funciones sensoriales no han sido estudiadas tan ampliamente como la visión y la audición. Se sabe por ejemplo, que el sentido del *gusto* y el del *olfato* tienden a disminuir también con la edad. Las personas mayores suelen requerir una mayor cantidad de condimento en sus alimentos porque se quejan con mayor frecuencia de su notable falta de sabor; y esto resulta un verdadero problema para las personas que requieren dietas bajas en sal. La disminución de estos sentidos también representa un peligro para la salud de los individuos, ya que se les dificulta por ejemplo: reconocer si algún alimento se encuentra en mal estado, identificar si algo se está quemando o si se está escapando el gas. Tampoco hay muchos estudios con respecto al sentido del *tacto*, al parecer existe una disminución en la sensibilidad de la palma de la mano y de la planta de los pies, sin embargo no sucede lo mismo con la mayor parte del resto del cuerpo.
4. *Alteraciones en los sentidos vestibulares.* Se ha encontrado que las personas mayores sufren de vértigo con mayor frecuencia que las personas más jóvenes, y que las primeras se balancean más hacia delante y hacia atrás que las segundas, teniendo los ojos abiertos o cerrados. Este factor es causa de muchas caídas de gravedad en los viejos, fuentes de fuertes heridas o hasta de muertes. Los accidentes por caídas pueden reducirse con una correcta iluminación o el uso de colores para los escalones de arriba y abajo, además del uso de productos que eviten resbalarse en el piso.

4.2.3 Cambios en las capacidades físicas

Se observa que la vejez generalmente trae consigo una mayor lentitud y entorpecimiento tanto en los movimientos de motricidad fina y gruesa como en las actividades que las personas de edad realizan. Conforme envejecemos se va haciendo más difícil ensartar hilo en una aguja, ensamblar cosas pequeñas, correr largas distancias, boxear.

nadar, conducir bajo circunstancias complejas o reaccionar de manera rápida en algunas situaciones.

Todo esto se debe a diferentes aspectos que tienen que ver con los cambios de los que hemos hablado anteriormente. Como la motricidad está estrechamente relacionada con las funciones sensoriales, en el momento en que éstas comienzan a fallar, se alteran también las capacidades de acción físicas del individuo. Por ejemplo: el no poder percibir bien los objetos, va a impedir el manejarlos correctamente; los problemas de audición pueden impedir que un trabajador reaccione o actúe ante ciertas señales sonoras y el vértigo puede evitar que la persona realice algún tipo de deporte. De la misma manera, las actividades pueden verse afectadas por el declive de la fuerza muscular, el incremento de los tejidos grasos con relación a los tejidos delgados, la osteoartritis¹² y otros procesos físicos deficientes.

Según Botwinck (1978, citado en Kalish, 1996), otro factor que influye en esta disminución motriz de la vejez es que el tiempo de reacción de las personas mayores se torna más lento que el de las personas más jóvenes, y este entecimiento disminuye la capacidad de realizar adecuadamente las actividades diarias. Se piensa que este aumento en los tiempos de reacción son resultado de la pérdida de células y los cambios en las propiedades fisiológicas de las células y fibras nerviosas.

No obstante, a pesar de las dificultades antes descritas, Botwinck (op. cit.) manifiesta que las personas que están altamente motivadas para realizar una tarea, parecen mantener sus capacidades por más tiempo y dado que las diferencias individuales son grandes, algunas personas mayores se desvuelven aún de mejor forma que otras más jóvenes. Parece ser que ciertas características de la personalidad, como la perseverancia, el interés o el entusiasmo pueden mantener por más tiempo las capacidades físicas del anciano.

4.2.4 La enfermedad física

El mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad son dos de las preocupaciones más grandes de la vejez. No quiero decir con esto que en las otras etapas de

¹² Inflamación que deforma las articulaciones.

la vida no se le tome importancia, sólo quiero hacer énfasis en lo problemática que resulta la enfermedad en edades más avanzadas. Cuando uno es niño y se enferma, normalmente –con ciertas excepciones– se cuenta con alguien que cuida de nosotros; hasta hay ocasiones en que la enfermedad puede ser algo grato si es que buscamos llamar la atención de alguien, o que nos mimen o simplemente deseamos evadir alguna responsabilidad como hacer la tarea o ir a la escuela. Pero conforme se va creciendo y se van adquiriendo responsabilidades de mayor peso, tales como cuidar de una familia, pagar una renta o diferentes tipos de deudas, uno se va preocupando más por “estar bien” con el fin de no quedar mal con aquellos que dependen de nosotros. Ahora, ¿qué sucede cuando la única persona que depende de nosotros somos nosotros mismos?... podría ser un alivio por un lado, pero por otro, no lo es tanto. Desafortunadamente las enfermedades que achacan a la vejez suelen ser más graves que las que afectan a personas más jóvenes. Esto se debe en gran medida a todos los cambios de los que hemos venido hablado a lo largo de este capítulo. El cuerpo envejece y con él sus defensas para evitar enfermarse. Con el paso del tiempo el cuerpo se vuelve más débil y a la vez, más vulnerable.

Como ya lo mencionábamos en el apartado 4.2.2, los problemas de audición y visión se van agudizando con la edad, siendo éstas algunas de las enfermedades más comunes en la vejez. Otros problemas de salud a menudo ignorados pero que igualmente afectan a los viejos son los problemas en los dientes y en los pies. Normalmente una persona mayor tiene que ir más seguido al dentista puesto que el deterioro de su dentadura afecta su alimentación. Por otro lado, los problemas en los pies provocan cierto dolor y malestar que impide poder caminar largas distancias o permanecer parado por mucho tiempo. Kalish (1996), sugiere que dando masajes a los pies se puede mejorar un poco su circulación y reducir tanto la tensión como la fatiga.

De acuerdo con Brotman (1981, citado en Kalish, 1996) y Moragas, las enfermedades crónicas¹³ que más afectan a la vejez son la artritis¹⁴, hipertensión, arteriosclerosis¹⁵, osteoporosis, artrosis¹⁶, adenocarcinoma de próstata y la polialgia reumática. Otras enfermedades que se relacionan con la esta edad pero que también se

¹³ Las condiciones crónicas que suelen durar un período de tiempo considerable, son más frecuentes en los viejos que las condiciones agudas que vienen y van entre las personas más jóvenes.

¹⁴ Inflamación de una o más articulaciones.

¹⁵ Endurecimiento de las arterias.

pueden presentar en la madurez son la diabetes¹⁷ (no insulínica), el mal de Parkinson¹⁸ y Alzheimer¹⁹, neoplasia y enfisema²⁰, y ya con una etiología más definida se encuentran la septicemia²¹, neumonía²², cirrosis²³, nefritis²⁴, accidentes vasculares cerebrales²⁵ e infarto de miocardio²⁶ (Moragas, 1991). Según Kalish (1996), las enfermedades que resultan las mayores causas de muerte en la edad avanzada son las que atacan al corazón, el cáncer²⁷ y las apoplejías²⁸, a lo que la Doctora Brewer (1998) agrega las bronconeumonías²⁹.

El problema médico de estas enfermedades es que algunas de ellas tienen síntomas similares y se genera confusión a la hora de establecer un diagnóstico. Además, en la mayoría de las ocasiones, las enfermedades no vienen solas, por lo general se complican y una sola persona padece varias de ellas; así encontramos a personas sufriendo de hipertensión, insuficiencia renal crónica y diabetes mellitus³⁰ al mismo tiempo, o como el caso de la diabetes, por ejemplo, que tiene la característica de repercutir en los ojos, el corazón y los riñones de los individuos que la padecen. Otro problema al que se enfrentan los médicos es que algunas enfermedades se presentan de manera atípica, como alguna infección sin fiebre, infarto de miocardio sin dolor precordial³¹, neumonía sin antecedentes de tos, etcétera (Moragas, 1991). Derivado de lo anterior, surge un riesgo muy grande que corren las personas de mayor edad, y éste es la superposición de tratamientos y medicamentos. Por lo general la persona sufre de diversos males recurre a distintos especialistas, mismos que recetarán ciertos tratamientos y medicamentos muchas veces sin

¹⁶ Deformación notable de las articulaciones sin inflamación.

¹⁷ Enfermedad producida por una secreción insuficiente de insulina que aumenta la cantidad de secreción de azúcar en la orina y en la sangre.

¹⁸ Enfermedad progresiva caracterizada por el temblor y la rigidez de los grupos musculares.

¹⁹ Enfermedad degenerativa y progresiva del cerebro caracterizada por la desorientación, pérdida de la memoria, atención y capacidad de raciocinio.

²⁰ Enfermedad respiratoria producida por la pérdida de elasticidad en el tejido pulmonar.

²¹ Enfermedad sanguínea producida por la multiplicación de bacterias en el torrente sanguíneo.

²² Enfermedad inflamatoria de los pulmones.

²³ Enfermedad crónica del hígado que sigue de la destrucción de las células hepáticas.

²⁴ Procesos inflamatorios del riñón.

²⁵ Llamados también AVC o apoplejías.

²⁶ Se da por la falta de oxígeno al músculo cardíaco.

²⁷ Crecimiento tisular producido por la proliferación de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos.

²⁸ Lesión cerebral debida a la obstrucción del paso de la sangre o a una hemorragia de los vasos sanguíneos del cerebro.

²⁹ Inflamación que de los bronquios se propaga a los alveolos pulmonares.

³⁰ Dato tomado de práctica realizada en el hospital ISSSTE Tacuba en el área de Medicina Interna en el 2001.

³¹ Región del pecho que corresponde al corazón.

saber que la persona está recibiendo otros; y a la hora de tratar de llevarlos todos, puede enfermarse de manera más grave.

4.2.5 El bienestar físico

Los procesos biológicos de nuestro cuerpo son el resultado de acciones anteriores que a veces tardan años en manifestarse, lo que nos lleva a lo que dice Kalish: "lo que se hizo ayer afecta a la salud de hoy y lo que se hace hoy afectará la salud de mañana" (1996, p. 72). Por ello es necesario que las medidas que se tomen para mantener una buena salud en la vejez, se inicien muchos años antes de llegar a ella. A estas medidas tomadas con anticipación es a lo que conocemos como *prevención*. Si en la madurez no se sientan las bases de una vejez sana, difícilmente se podrá disfrutar de ella cuando el cuerpo se encuentre más débil y demacrado.

Desgraciadamente en la actualidad el peor enemigo de la salud del humano es el propio humano. Sus acciones, sus actividades, su forma de comportarse y actuar diariamente, que es lo que conocemos como *estilo de vida* suele ser cada vez más destructivo. Los malos hábitos alimenticios, la falta de ejercicio y el estrés acumulado son el resultado de la sociedad en la que vivimos, específicamente de las zonas industrializadas y urbanas. En una ciudad en la que todo se encuentra regido de acuerdo a ciertos horarios (horas de entrada, de salida, de citas, compromisos, de trabajo, de recreo), es difícil darse un tiempo para dedicarse a descansar, para relajarse o hacer ejercicio. La gran mayoría de las personas económicamente activas tienen un horario específico para comer y por lo general es difícil encontrar un buen lugar en el que se pueda comer de una manera conveniente y económica. Los problemas del trabajo, el tránsito, las largas filas en las cajas de supermercados o bancos, el ruido de las máquinas o los transportes, la violencia y la inseguridad de las calles, son sólo algunos de los factores que no sólo alteran el estado de ánimo de las personas sino que a la larga afectan también al organismo. Si a esto le sumamos la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas, el consumo del cigarro u otro tipo de drogas, nos damos cuenta de lo mal que tratamos nuestro cuerpo a lo largo de nuestra vida y comprendemos porqué es que nos falla tanto cuando nos hacemos viejos.

A partir de lo anterior, podemos darnos cuenta que la solución se encuentra en nosotros y que la mejor forma de prevenir los fuertes achaques de la vejez es modificando nuestros estilos de vida. De antemano sabemos que es difícil cambiar toda una vida de costumbres, pero resulta un esfuerzo que bien vale la pena. En realidad no es necesario cambiarlo "todo", pero si ponemos atención en ciertos detalles podemos hacer mucho por nosotros. Las medidas preventivas que describiremos a continuación sirven para cualquier edad, en especial conforme se va llegando a la madurez y la vejez; de hecho son la serie de aspectos que más deben cuidar los viejos para poder mantenerse sanos por un mayor periodo de tiempo.

1. Nutrición.

De acuerdo con autores como Moragas (1991), Mishara y Riedel (1986), Kalish (1996), Geiger y Bavetta (1977) y Barquín (1999), es de extrema importancia llevar una dieta adecuada y mantenerse en el peso apropiado para poder gozar de una buena salud. Para lograrlo, se requiere ser muy cuidadoso en los alimentos que se consumen tanto por la cantidad, como por los valores nutricionales que aportan al cuerpo.

Tener una dieta balanceada no es sencillo y los factores que lo impiden pueden ser múltiples: la falta de recursos económicos, la depresión, la falta de interés y motivación, son sólo un ejemplo de ellos. Comer mucho puede conducir a la obesidad, que es la causa más importante de problemas de salud y muerte prematura en los ancianos y por lo contrario, comer poco puede provocar tener un peso por debajo de lo normal con lo que el mantenimiento de la salud también se dificulta.

Los problemas dentales también pueden provocar que la persona coma menos, puesto que el ingerir alimentos le puede causar dolor y malestar. Es importante que la gente mayor coma lo que le guste, siempre y cuando su dieta se encuentre equilibrada. Kalish menciona que normalmente los hábitos alimenticios de las personas que viven solas suelen ser erróneos e irregulares, a lo que sugiere que es mejor hacer cinco comidas pequeñas al día que tres grandes y que siempre será mejor comer menos que comer más de lo necesario (1996).

Una dieta adecuada es aquella que incluye una gran variedad de alimentos con alto valor nutritivo, un adecuado número de calorías y un buen equilibrio en cuanto a carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas y minerales. Para establecer el contenido calórico total en una dieta individual es muy importante tomar en cuenta el grado de actividad del individuo y en un último análisis, el criterio más sencillo para calcular las necesidades calóricas, es el de mantener un peso normal.

De acuerdo con Geiger y Bavetta (1977), por lo menos el 70 a 75% de los requerimientos calóricos totales en una persona de edad avanzada, debe suministrarse en forma de carbohidratos o grasas, donde aproximadamente el 50% sea de carbohidratos y el 20% de grasas. Los productos que contienen carbohidratos son los siguientes: frutas, cereales, panes y galletas³², nueces, vegetales, miel, jarabes y azúcares purificados y leche en polvo.

La mayoría de los vegetales tienen pocas cantidades de carbohidratos digeribles, sin embargo la fibra indigerible que contienen ayudan mucho a la digestión de los alimentos, ya que se convierten en parte del bolo intestinal y facilitan el desecho de lo que el cuerpo no necesita. Entre estos vegetales encontramos los espárragos, la coliflor, los pepinos, los hongos, las alcugas y las habas.

Cuando se sufre de gran pesadez gástrica, eructos y meteorismo, es recomendable que se administre una dieta fácil de digerir y sin residuos, como purés, frutas al vapor y vegetales bien cocidos.

Las grasas son una fuerte muy conveniente de energía además de transportar las vitaminas liposolubles y los ácidos grasos esenciales. Sin embargo, es muy difícil establecer cuál es la cantidad adecuada y el tipo de grasas que deben incluirse en las dietas para ancianos. De acuerdo con Geiger y Bavetta, lo más conveniente es suministrar por lo menos de 30 a 35 gramos diarios de grasa, siempre y cuando la cantidad no supere el 35% del total de calorías (o sea de 70 a 90 gramos diarios de lípidos); no se debe consumir grandes cantidades de grasa en una sola comida y es mejor utilizar los aceites vegetales para freír, guisar, hacer pasteles y condimentos para ensalada (1977). Las grasas en sus

³² En realidad no existe razón para prohibir la ingestión de pasteles o panes que tanto gustan a los ancianos a menos de que se sufra de obesidad o diabetes. De hecho los panes enriquecidos con proteínas, minerales o vitaminas, son complementos valiosos y baratos de las dietas.

diferentes formas son: la mantequilla, el aceite, la manteca, la margarina, la crema y el lardo y el lardo.

Las proteínas deben consumirse aproximadamente a razón de un gramo diario por kilogramo de peso, con la condición de que se consuma dentro de una dieta balanceada. Cuando no se consume la cantidad adecuada de proteínas se presentan varios síntomas como una pérdida de peso, fatiga, irritabilidad, cambios en la personalidad, disminución en la resistencia a las causas de estrés, retardo en la cicatrización de heridas y convalecencias muy prolongadas.

La carne, el pollo, el pescado, los huevos y derivados de la leche son fuentes de primera categoría para obtener proteínas de alto valor biológico. Debe animárseles a las personas mayores a consumir la carne de las vísceras como el corazón, riñón e hígado. Dado que los ancianos normalmente no pueden masticar la carne, se recomienda ofrecerles carne molida. Otras fuentes de proteínas animales son las carnes frías, las salchichas no grasosas y quesos descremados tipo "cottage". Las carnes enlatadas, especialmente las de pescado, suelen ser una fuente valiosa de proteínas para aquellas personas que no cuentan con alguien que les guise. Siempre será mejor hervir, asar o cocer en su jugo a fuego lento los alimentos, en vez de freírlos puesto que al hacer esto último se incrementa en gran medida el contenido de las grasas.

A pesar de ser buenas, las proteínas contenidas en los cereales, legumbres, raíces comestibles, tubérculos, frutas, nueces y levaduras, son de menor calidad que las proteínas animales.

Las vitaminas son sustancias que el cuerpo necesita pero que es incapaz de producir, es por ello que debe consumirlas en los alimentos. Los minerales son necesarios para la reconstrucción estructural de los tejidos corporales, además de que participan en procesos tales como la acción de los sistemas enzimáticos, contracción muscular, reacciones nerviosas y coagulación de la sangre. A continuación se presenta en la tabla 1 las vitaminas y los minerales que se recomienda deben consumirse en la vejez. La dosis consiste en una tableta o cápsula diaria que contenga las cantidades señaladas (op.cit.).

TABLA I

VITAMINAS	CANTIDADES DIARIAS
A (sintética)	500 unidades U.S.P.
C (ácido ascórbico)	100 mg
B1 (mononitrato de tiamina)	5 mg
B2 (riboflavina)	5 mg
B6 (corhidrato de piridoxina)	1 mg
Pantotenato de calcio	5 mg
Acido fólico	1 mg
Niacina	30 mg
E (alfa tocoferol)	0.5 mg
B12 (cianocobalamina)	5 mg
Factor intrínseco concentrado	5 mg
MINERALES	
Sulfato Ferroso	15 mg
Yoduro de potasio	0.3 mg
Hidrofosfato de calcio	250 mg

Tabla I. Dosis recomendable de vitaminas y minerales a consumir en la vejez (Geiger y Bavetta, 1977)

En cuanto a las bebidas, las necesidades de agua varían mucho, dependiendo del tipo de dieta que se tenga, con la temperatura y humedad del ambiente. Por ello lo mejor es dejar que el propio anciano tome toda el agua que desee, guiándose por su propia sensación de sed.

Por último, es de gran importancia evitar en la mayor medida de lo posible el consumo de alcohol y el uso de tabaco.

2. Ejercicio

Barquín (1999), Mishara y Riedel (1986), Kalish (1996) y Moragas (1991), consideran el ejercicio como uno de los aspectos fundamentales y necesarios para conservar una buena salud a lo largo de la vida y principalmente en la vejez.

El ejercicio tiene muchos beneficios sobre el cuerpo humano: ejercita los músculos y el corazón; actúa contra las consecuencias del sedentarismo físico y mental; la sensación de capacidad y bienestar que produce, contribuye a reducir las tensiones nerviosas, las

preocupaciones fatigantes y las adicciones³³; mejora el metabolismo de los glúcidos; aumenta la actividad cardiovascular; activa los reflejos y ejercita la función cerebral; mejora procesos corporales como la respiración y la digestión; posibilita una mejor relajación; conduce a mejores patrones de sueño; mejora sensiblemente el funcionamiento y la apariencia física; estimula los órganos y los hace más aptos para afrontar las agresiones de la vejez.

Quienes realizan ejercicio durante toda su vida llegan a la vejez más aptos para el esfuerzo, con mayor capacidad auditiva y visual y una mejor condición mental, con mayor rapidez para realizar actividades psicomotrices y menor tendencia a la depresión y a la ansiedad (Barquín, 1999).

En realidad, el ejercicio³⁴ no impide el envejecimiento orgánico, pero sí ayuda a envejecer en mejores condiciones, reforzando la personalidad y la capacidad de esfuerzo, aumentando la confianza en sí mismo y la sensación de seguridad y bienestar, permitiendo así la autonomía y la independencia del anciano.

3. Descanso

Se ha encontrado que los patrones de sueño cambian con la edad. Es más común que una persona mayor se quede dormido a diferentes horas del día en distintos lugares, ya sea en un sillón mientras ve la televisión, en una silla mientras escucha a otros platicar o en el carro mientras alguien más maneja. Así mismo, su sueño se ve entrecortado por las noches, se despiertan más seguido y hay quienes sufren de insomnio. Este último factor suele ser un problema, ya que con el fin de poder conciliar el sueño, algunas personas recurren a distintos medicamentos, muchas veces sin prescripción médica, poniendo en riesgo su salud. Algunas veces pueden quedar sobredosados, usar medicinas que anulen los efectos de otras que estén tomando o consumir medicamentos ineficaces.

³³ Según Barquín (1999), el organismo produce endorfinas que inducen la sensación de bienestar con la capacidad de neutralizar la adicción a las drogas al hacer desaparecer el malestar de abstinencia y sedar los dolores y malestares inespecíficos del funcionamiento del cuerpo.

³⁴ Además de los ejercicios usuales, Kalish (1996), recomienda mucho el yoga (movimiento lento de los músculos, con un constante aumento de la resistencia) y la danza (donde al mover el cuerpo de acuerdo a una melodía, el ejercicio aparte de saludable, resulta divertido).

Es por ello que lo más recomendable es que la persona mayor duerma a la hora que tenga sueño, cuando se sienta realmente cansado, y que no se le force a dormir a un horario determinado.

4. Revisión médica

Es necesario ir a revisiones médicas constantemente. No se necesita estar enfermo para ir a un médico, siempre será mejor prevenir una enfermedad que curarla, tanto desde el punto de vista de la salud como el económico. Cuando se detecta una enfermedad a tiempo, es mucho más sencillo tomar medidas para curarla, para planear las intervenciones y los tratamientos de la manera más adecuada. En cambio, si sólo vamos al doctor cuando nos sentimos realmente mal, es más probable que en algún momento se nos detecte una enfermedad grave y que las acciones que pudieran haberse tomado con más tranquilidad y anticipación se conviertan en una intervención de emergencia que seguramente resultará más cara que cualquier tratamiento preventivo. Cuando se llega a la madurez y más aún en la vejez, es recomendable hacerse estudios y análisis para evaluar el nivel de azúcar en la sangre, de colesterol o triglicéridos por ejemplo. El papanicolaou es uno de los estudios indispensables que deben realizarse las mujeres cuando llegan a una edad avanzada. Las revisiones dentales también son muy importantes, ya que como lo mencionábamos anteriormente, su deterioro puede afectar seriamente a la alimentación.

En resumen, con el fin de mantener una buena salud física en la vejez, es necesario mantener conductas saludables a lo largo de toda la vida; entre ellas encontramos: una dieta apropiada, un tiempo de sueño adecuado, un ejercicio apropiado, evitar el tabaco y el alcohol, tener exámenes médicos regularmente, mantener un buen cuidado dental, y rechazar las medicaciones inapropiadas así como otro tipo de drogas. Manteniendo estas acciones, no podemos eliminar la enfermedad y la muerte, pero sí tenemos una mayor probabilidad de posponerlas un poco más.

4.3 Aspectos sociales de la vejez

Además del componente biológico del envejecimiento, encontramos también un componente social del mismo proceso; el cuál depende del papel que la sociedad le impone a las personas que envejecen y afecta directamente al quehacer, pensar y sentir de estas personas.

En México la población de los adultos mayores ha aumentado considerablemente a través de los años. De acuerdo con el Consejo Nacional de Población de 1995 (citado en Lozano y Frenk, 1999), en la década de los cincuentas la población anciana constituía el 5.5% (1, 420, 000 ancianos) de la población del país; en 1990, la población anciana ascendía a 4, 730, 000 (el 5.7% de la población mexicana); y se estima que para el año 2020, este sector de la población aumentará a 14, 539, 000 personas, lo que equivaldrá al 11.6% de la población.

Así mismo existe un incremento en la esperanza de vida de los adultos mayores. Como podemos ver en la tabla 2, en la década de los cincuentas, sólo el 11.4% (162,000) de los ancianos vivían 80 años o más, mientras que el 62.6% (888,000) vivía no más de los 69 años. Vemos que en la década de los noventas, el porcentaje de la población anciana que vive 80 años o más aumenta al 13.1% (621,000) y que por el contrario, la población que muere entre los 60 y 69 años de edad disminuye al 58.3% (2,756,000). Con estos datos se estima que para el año 2020, el 13% de la población anciana (1, 876, 000) vivirán 80 años o más, mientras que el 56.8% (8, 254,000) morirá entre los 60 y 69 años (op.cit.).

TABLA 2

Edad	1950	%	1990	%	2020	%
60-69	888,000	62.6	2,756,000	58.3	8,254,000	56.8
70-79	370,000	26.0	1,353,000	28.6	4,410,000	30.2
80 o más	162,000	11.4	621,000	13.1	1,876,000	13

Tabla 2. Evolución de la población mayor de 60 años por grupos de edad en México de 1950 al 2020 (Lozano y Frenk, 1999).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En general, este aumento de la población mayor y de la esperanza de vida se relaciona con el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de la población. Como veremos a continuación, el incremento en estos dos aspectos, ha generado toda una serie de cambios en cuanto a la socialización, los roles que desempeñan y la forma de relacionarse de los individuos mayores entre ellos mismos y las personas que se encuentran a su alrededor; así como las acciones que el resto de la sociedad toma para con este sector de la población.

Desde que un ser humano nace, se encuentra sujeto a las influencias de la sociedad de la que llega a formar parte. A esto es a lo que llamamos *socialización*, conjunto de procesos que "hacen desarrollar al individuo y le convierten en un ser social capaz de participar en la sociedad" (Kalish, 1996, p. 125). Para poderse desarrollar y participar en la sociedad, ésta última espera que el individuo realice ciertas conductas de acuerdo con la posición particular o *status*,¹³ que ocupa en el marco social (las posiciones en la sociedad incluyen la edad, el liderazgo, el sexo, la vocación, etcétera); a estas conductas que la sociedad espera del individuo se les conoce como *roles*. Y es a través de la suma de *status* y roles que se define la posición individual del sujeto, suma de derechos y obligaciones que configuran cómo debe comportarse socialmente el individuo.

La socialización se conforma en un principio por el aprendizaje de los roles sociales fundamentales dentro de la familia y la escuela; esto es: ser hijo, ser estudiante, compañero, hermano; junto con las actividades que dichos roles implican: ayudar en casa, cuidar a los hermanos, hacer tareas, estudiar, jugar, etcétera. Posteriormente, la misma socialización es seguida por la adaptación de sus conductas ya aprendidas a elementos nuevos como el trabajo, las relaciones sociales, el ocio, la independencia, etcétera; para terminar con una *resocialización*, proceso que según Moragas (1991), reconstruye las relaciones sociales rotas después de desempeñar por muchos años roles como marido, padre o trabajador, y que obligan a aprender las obligaciones y derechos de nuevos roles como: viudo, abuelo o jubilado.

¹³ De acuerdo con Moragas (1991), los *status*, se clasifican en dos tipos de acuerdo a su origen: los adscritos, que son aquellos con los que nace el individuo como el sexo, la clase social, el origen, la raza, dotación genética, etcétera; y los adquiridos, que se consiguen por el esfuerzo del individuo, como la clase alcanzada en la carrera profesional, la posición lograda en el lugar de trabajo, la capacidad de liderazgo, etcétera.

En la antigüedad, se les otorgaba un mayor status a las personas mayores en comparación al que se les da en la actualidad. En ese entonces constituían un grupo muy pequeño y se les respetaba por ser los portadores de la mayor experiencia y sabiduría dentro de la comunidad. Se les escuchaba con atención, el resto de la gente seguía sus consejos y se les tomaba mucho en cuenta en la toma de decisiones importantes.

Ahora las cosas han cambiado, muchas personas con edades superiores a los 60 años no se consideran a sí mismas como "personas mayores", tal parece que el simple nombramiento fuera una sentencia en la que se perdiera por completo el status y el poder. Lo que sucede en la actualidad, en una sociedad capitalista como en la que vivimos, es que el status y la valoración de los roles se encuentran muy ligados a la capacidad de producción que estos tengan. En muchos casos lo más importante es la innovación por encima de la experiencia, valorándose más a la juventud y los roles que esta desempeña. De esta manera el rol del anciano ha ido perdiendo importancia, asociándolo la mayor parte del tiempo con aspectos negativos, tales como que es un ser débil, enfermo, limitado, que ya no puedo procrear, lento, confuso, sin poder sociolaboral, con limitados contactos sociales y menos relevancia y poder social, con una pensión insuficiente, con mayores necesidades de asistencia sanitaria y con gastos cada vez más fuertes.

La asociación directa con estos aspectos muchas veces no permite conocer el lado positivo de los roles de la vejez, mismos que pueden ser: una mayor madurez y desarrollo, un mayor equilibrio y estabilidad, más experiencia y serenidad, la liberación del trabajo obligatorio, una mayor disponibilidad de tiempo y menor número de responsabilidades, asistencia sanitaria gratuita y prestaciones especiales. Además, una gran ventaja del aumento en número de este sector de la población, es que a diferencia de épocas pasadas, ahora existe una mayor probabilidad de relacionarse con personas de su misma edad, generando así mayores y mejores relaciones de apoyo y compañerismo intergeneracional

4.3.1 Evolución de las relaciones familiares

Como ya lo habíamos mencionado anteriormente, es en la familia donde se dan las primeras manifestaciones de la sociabilidad humana, donde se desarrolla la personalidad y la calidad de las relaciones es más fuerte que en cualquier otra institución. Es por ello que

considero importante hacer una revisión del ciclo de la vida familiar, haciendo énfasis en el cambio de los roles que va sufriendo la persona conforme pasa por las diferentes etapas de la vida familiar y principalmente durante la vejez.

En realidad son pocos los estudios que han profundizado en la etapa de la vejez, ya que la mayoría se centra en los primeros años de vida de un individuo. Mishara y Riedel (1986), lo hacen al desarrollar un modelo del ciclo de la vida familiar durante la vejez basándose en los estudios de Levinson, Darrow, Klein, Levinson y Mckee (1978, citado en Mishara y Riedel, 1986) y Sheehy (1976, citado en Mishara y Riedel, 1986).

En la tabla número 3, podemos ver el modelo de los autores, que señala el número de la etapa, su nombre, la edad aproximada en la que se vive, los acontecimientos familiares importantes por los que pasa el individuo y las tareas que realizan en cada una de ellas; modelo al que agregaremos los roles que se espera desempeñen hombres y mujeres.

Como podemos observar en el modelo de Mishara y Riedel (1986), la vejez en sí puede dividirse a su vez en tres etapas. Antes, cuando la esperanza de vida era más corta, con señalar que alguien era "viejo" era suficiente para identificar a un grupo de edad específica. De hecho, surgió el concepto de *tercera edad* a mediados del siglo pasado en Francia, para caracterizar a las personas de edad avanzada, jubiladas o pensionadas, con baja productividad y bajo consumo, y se les llamó así como sinónimo de ser adulto mayor y por formar la base de la tercera generación en una familia (Lozano y Frenk, 1999). Sin embargo, ahora que la probabilidad de morir a los sesenta años ha disminuido y ha aumentado la de morir después de los ochenta, es que se ha podido incluir el concepto de "cuarta edad" para referirse a las personas que viven más de 80 años, aspecto que permite que en una casa convivan personas de cuatro generaciones al mismo tiempo.

TABLA 3

No	ETAPA	EDAD	ROL FEM	ROL MASC	ACONTECIMIENTO S FAMILIARES	TAREAS
9.	Fin de la vejez	75-	Enferma	Enfermo	-Invalidez, internamiento en una institución -Separación y aislamiento crecientes	. Pérdida de la independencia . Internamiento en una institución

8.	Mitad de la vejez	70-74	Esposa Viuda Abuela	Esposo Viudo Abuelo	-Simbiosis -Viudez -Ruptura de la diada fundamental	. Pérdida de las capacidades y desarrollo de los mecanismo de adaptación . Pérdida del cónyuge
7.	Comienzo de la vejez	65-70	Ama de casa Abuela Esposa Jubilada	Jubilado Abuelo Esposo	Jubilación Creciente interacción en estado relativamente esprovisto de papeles	. Disminución de los ingresos . Desarrollo de la capacidad de ocupar su tiempo libre y de adaptarse a sus nuevos papeles
6.	Edad adulta (2º período)	45-65	Ama de casa Esposa Hija Empleada	Empleado Esposo Hijo	-Estabilidad de la carrera -Marcha de los hijos -Muerte de la generación anterior	. Obligaciones hacia los hijos y la pareja . Llegada al tope de la carrera
5.	Edad adulta (1er período)	26-45	Mudre Ama de casa Esposa	Empleado Padre Esposo	Desarrollo de la familia Desarrollo de la carrera	. Nacimiento de los hijos . Desarrollo de la carrera
4.	Juventud	17-25	Esposa Empleada Ama de casa	Empleado Esposo	-Proyectos de carrera -Interacción con otras familias, partida de la familia, elaboración de familia propia	. Decisión respecto al matrimonio . Comienzo del trabajo a jornada completa
3.	Adolescencia	11-17	Novia Compañera Estudiante Hija	Novio Compañero Estudiante Hijo	-Instrucción y culturización fundamental -Adquisición de capacidades -Independencia	. Desarrollo de capacidades heterosexuales de socialización . Primera elección de carrera y de los estudios
2.	Infancia	1-11	Estudiante Compañera Hermana Hija	Estudiante Compañero Hermano Hijo	-Socialización y educación familiar -Dependencia casi total	. Desarrollo de las capacidades sociales . Aprendizaje de la vida en familia
1.	Primera	0-1	Hija	Hijo	-Concepción de la	. Desarrollo de una

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

	infancia				realidad y supervivencia -Dependencia total	concepción estable de la realidad Desarrollo de las capacidades primarias de comunicación y locomoción.
--	----------	--	--	--	--	--

Tabla 3. Modelo del ciclo de vida familiar (Mishara y Riedel, 1986)

Así, Mishara y Riedel (1986), establecen 3 etapas para la vejez. La primera de ellas va de los 65 a los 70 años de edad y se ve marcada principalmente por la jubilación. Este acontecimiento afecta bastante a la pareja porque se da un decrecimiento en los ingresos familiares, el o los jubilados (en los casos en que tanto el hombre y la mujer trabajan), tienen que encontrar en qué ocupar su tiempo libre que súbitamente ha aumentado tanto. En el caso de las mujeres este efecto no es tan radical, dado que ellas se han dedicado toda su vida al hogar, y aún cuando dejen un trabajo externo, siempre tendrán actividades dentro de la casa. En muchas ocasiones el problema de ellas es más bien el estar más tiempo con su pareja, acostumbradas a que su esposo trabaje todo el día y verlo sólo a ratos por las mañanas o por las noches, es difícil para ellas lidiar con él todo el día. Dice una viejita de un estudio de Kalish "me casé con él para lo bueno y para lo malo, pero no para almorzar" (1996, p. 137). En algo de lo que no estoy de acuerdo, es el énfasis en decir que durante esta etapa de la vida el viejo tiene un *rol sin rol*. Los propios Mishara y Riedel (1986) y Moragas (1991), mencionan que el viejo de esta etapa tiene un rol nulo, sin ningún valor ni relevancia. El problema tal como lo hemos venido diciendo a lo largo de este trabajo, es que carece de valor para la sociedad capitalista, en la que el dejar de producir implica prácticamente dejar de existir; sin embargo, compartiendo la opinión de Kalish (1996), no considero que esta etapa de la vejez implique un rol sin rol; en esta etapa el que vivió tantos años de su vida trabajando, se enfrenta a un suceso muy importante, su jubilación, y el rol del jubilado existe, a pesar de que se le reste importancia, *es* y consigo trae toda una serie de tareas y actividades que podríamos esperar de él, como el que continúen con las expectativas que tendría una persona de 40 o 45 años, que se adapte de la manera más conveniente a esta nueva etapa de la vida, que disfrute de su tiempo libre más que incomodarse con él, etcétera. De hecho, he aquí un rol de gran importancia para las

personas mayores: el rol de ser abuelo (del cuál hablaremos con mayor detalle más adelante), me parece que si a un niño le dijéramos que lo que hace su abuelo no es importante o no vale la pena, bien podría darnos muchas buenas razones para asegurar lo contrario.

La siguiente etapa que mencionan Mishara y Riedel va de los 70 a los 75 años de edad aproximadamente. En ella se manifiesta el fenómeno al que los autores, siguiendo a Troll (1971, citado en Mishara y Riedel, 1986), llaman *simbiosis*, en el que marido y mujer se apoyan mutuamente, tal vez como nunca antes lo habían hecho, logrando así ayudarse a sobrevivir sin necesidad de internarse en alguna institución cuando alguno de los dos o ambos se encuentran ya muy débiles. Moragas llama *rol sin sexo* al rol que desempeñan los abuelos en esta etapa. Lo llama así porque considera que se da una aproximación de las características masculinas y femeninas que estaban mucho más diferenciadas en la madurez. Así, encontramos a más abuelos dedicándose a labores domésticas, como cocinar, ir de compras y pasear con los nietos, con una mayor normalidad a cuando trabajaba en la población económicamente activa. Es por todo esto que el suceso que le sigue a esta etapa resulta muy difícil de sobrellevar, ya que éste es la muerte del cónyuge. El rol del viudo o de la viuda suele ser muy doloroso tras vivir con una pareja durante tantos años. No sólo sienten la aflicción de la pérdida, sino también de la privación, fruto de la ausencia del cónyuge. Los patrones de amistad cambian: las preocupaciones de las personas para preparar buenas comidas, para mantenerse en forma y tener la casa limpia pueden disminuir. Es un hecho que las mujeres viven más que los hombres, por ello hay más viudas que viudos; así, las mujeres mayores se ven forzadas a la compañía de otras mujeres mayores, debido a la falta de hombres y a la improbabilidad de que tengan ya grandes familias. De hecho las mujeres mayores tienen más probabilidades de vivir solas que los hombres quienes comúnmente buscan a otra mujer (más joven) para vivir con ella el tiempo que les quede de vida. Parece ser que las mujeres mayores sufren menos recaídas físicas al enviudar que las mujeres jóvenes que enviudan. Se cree que esto se debe a un fenómeno que Kalish (1996) denomina *ensayo de viudedad*, en el que la mujer anticipa lo que será su vida si llega a quedarse viuda y de este modo experimenta algunos de los problemas de la viudedad antes que ocurran en realidad. La aflicción por la muerte del ser querido hace al cónyuge sobreviviente cambiar sus antiguas concepciones sobre el mundo y empieza a vivir

con unas nuevas. Esta transición suele ser difícil y el sobreviviente a menudo siente que la persona fallecida "todavía está cerca". En el luto el viudo o la viuda comienza a mitigar los sentimientos emocionales que existieron en la relación con el muerto.

La última etapa que mencionan los autores es la que sobrepasa los 75 años de edad y termina con la muerte del individuo. Esta etapa se caracteriza por un notable decaimiento en la salud física del anciano, debido al cuál se cae en un estado de dependencia muy similar al de un niño pequeño. Hay muchas cosas que ya no puede hacer por sí mismo y requiere del apoyo de otros. La mayor parte de las veces es algún familiar el que le ayuda, pero hay ocasiones en las que ya no es posible hacerse cargo de él y se le interna en alguna institución, normalmente sólo para esperar su muerte, la cuál, de acuerdo con un estudio realizado por el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM, 1977), llega en los primeros ocho días para el 8% de los ancianos internos sanos de un asilo, en el primer mes para el 28.7%, en los primeros seis meses para el 45%, en el primer año para el 54.4% y en los primeros dos años para el 65.4%. Esta etapa se caracteriza con un gran aislamiento, con un estado de soledad casi absoluta para el anciano, al que sólo le queda seguir el rol de un enfermo. Algunas veces abandonado en su casa, la mayoría internado en alguna institución, se encuentra en la necesidad de estar consigo mismo, sus emociones, sentimientos y pensamientos: mismos que pueden centrarse en su vida pasada, sus relaciones con otras personas y en medida creciente: en su propia muerte.

En el cuadro podemos observar que la vida de un individuo va de la dependencia total cuando se es hijo, a la independencia con fuertes responsabilidades cuando se es padre para volver a caer a la dependencia al llegar a la última etapa de la vejez. Los autores plantean que las etapas 3 y 4 (de la adolescencia y la juventud respectivamente) son periodos de cambios importantes que influyen sobre la vida futura, mientras que las etapas 5 (primer periodo de la edad adulta) y 6 (segundo periodo de la edad adulta) sólo aportan pocas variaciones para la mayoría de las personas, ya que las posibilidades de cambiar de trabajo disminuyen y cada vez buscan más la seguridad que nuevos retos.

Como podemos observar, a lo largo de la vida existen una serie de *acontecimientos clave* que de acuerdo con Moragas (1991), marcan el comienzo o el final del desempeño de un rol, posición o status en la sociedad, y todos estos cambios presentan importantes

repercusiones en el futuro del individuo y en de los demás, en su forma de ser, de sentir, de actuar, de pensar y de relacionarse con los demás.

4.3.2 Las relaciones con los demás

Ya sea por las limitaciones de salud, los problemas para moverse, o la enfermedad y muerte de sus compañeros de edad, en las últimas etapas de la vida, las relaciones familiares y las amistades disminuyen tanto como la capacidad de establecer vínculos íntimos con otras personas.

No obstante, cuando su salud y las circunstancias lo permiten, el anciano se relaciona de diferente forma con la gente que se encuentra alrededor. A continuación describiremos las relaciones más importantes para el anciano.

Conyugales

En general, la imagen del matrimonio en los últimos años de vida es muy positiva. La relación marital es quizá la más importante en la edad avanzada. Ya que como lo habíamos dicho antes, se da un acercamiento muy grande entre ambas partes, compartiendo actividades diarias y generando una mayor intimidad y compañerismo entre ellos. Aunque el divorcio es relativamente poco común entre personas de esta edad, sí resulta familiar que se vuelvan a casar. De acuerdo con Kalish (1996), en su mayoría son hombres los que se vuelven a casar, principalmente los viudos; en cambio las mujeres, a pesar de haber enviudado, difícilmente vuelven a casarse. Dentro de las razones por las que los adultos mayores se vuelven a casar se encuentran el compañerismo y la relación sexual, misma que no siempre se relaciona con el acto sexual, sino con un abrazo, el acercamiento físico o una caricia. Otras razones fueron la salud y la economía. Por su parte, las mujeres parecen no desear casarse de nuevo porque no quieren perder su futuro cuidando a un marido enfermo con el que no han convivido los años suficientes para desarrollar un cariño intenso similar al que tenían en su matrimonio. También otra razón para no volverse a casar pueden ser los hijos, quienes muy ligados a la memoria de su verdadero padre o madre pueden negarse rotundamente a las nuevas nupcias. Para aquellos que nunca se casaron, suele ser una gran

ventaja el no tener que enfrentarse a la dolorosa pérdida del cónyuge. Muchos de ellos en realidad no se encuentran completamente solos, tienen muchos amigos y familiares y a menudo viven con un hermano o hermana.

Sexuales

Este tipo de relaciones me parece que requieren atención especial, razón por la cuál las separamos de las conyugales. En la sociedad actual, todavía existe la ideología de que las personas mayores carecen de deseo sexual, sin embargo, de acuerdo con Kalish "la actividad sexual tiene lugar en todas las edades. La intensidad psicológica puede cambiar, la posibilidad del coito también y los métodos de expresión sexual también, pero la actividad sexual en sí misma continúa a través del curso de la vida" (1996, p. 158). Es por eso que no debiera sorprendernos este tipo de relaciones entre las parejas mayores. Es verdad que con la edad se da una reducción de la actividad sexual, siendo algunas de las razones los problemas de salud (que suelen reducir los deseos o capacidades sexuales), el que se trate de personas que nunca han encarado bien al sexo (y la edad resulta un simple pretexto para no hacerlo), la muerte del cónyuge (al sobreviviente le cuesta trabajo encontrar un compañero sexual disponible), el físico (muchas personas de edad consideran que su cuerpo no es sexualmente deseable por el sexo opuesto ni encuentran a otras personas que les atraigan sexualmente). No obstante, cabe recordar que las relaciones sexuales se pueden manifestar de otras formas, si incluimos las caricias, los abrazos, masajes y el juego sexual aún sin llegar al coito, entonces observamos que las personas mayores tienen muchas oportunidades para comportarse de muy diferentes formas en el aspecto sexual.

Fraternales

A pesar de haber un distanciamiento entre hermanos tras la adolescencia y juventud, suele haber un rencuentro en la vejez. A veces para resolver problemas comunes como el cuidado de un padre enfermo, o la atención al patrimonio familiar pero principalmente porque disponen de más tiempo libre que al comienzo de la vida laboral. Cuando alguno de

los hermanos es soltero, o alguno queda viudo, este tipo de relación suele reforzarse con la edad.

Paternales.

Como podemos ver en la tabla 2, existe un distanciamiento entre padres e hijos en cuanto estos últimos se vuelven independientes. Posteriormente, cuando los padres llegan a una edad avanzada y los hijos se encuentran en la edad adulta, suele haber un reencuentro entre ellos, aunque de manera inversa a la que hubo la primera vez. Esto se debe a que en esta ocasión son los hijos los que brindan un mayor apoyo a sus padres quienes en cierta medida comienzan a hacerse dependientes. Esto en muchas ocasiones es un choque para los ancianos, quienes después de toda una vida de independencia, de responsabilidades, de actuar como "proveedores", "protectores" y "cuidadores" (tal como sus roles anteriores lo condicionaban), no aceptan el cambio de rol. Es por esta razón que Moragas (1991) habla de la *intimidad a distancia*, relación que prefieren llevar muchos ancianos con sus hijos adultos. En ella, la mayoría de los ancianos viven en su propia casa y sus hijos sólo los visitan de vez en cuando de manera informal o acuden a ellos si requieren algún tipo de ayuda en especial. Se ha encontrado que las hijas casadas parecen tener lazos más estrechos con sus padres ancianos que los hijos casados. Cuando los padres llegan a ser muy viejos, o cuando su salud se deteriora gravemente, o cuando su capacidad cognitiva disminuye de manera muy marcada, el estrés en la relación padre e hijo aumenta considerablemente. Esto sucede porque los hijos pueden no entender el significado o la razón de estos cambios en sus padres; y si a esto le agregamos la posibilidad de ingresar a alguna institución, este estrés afecta aún más a la vida de todos en general. En una investigación realizada por Robinson y Thurnher en 1979 (citado en Kalish, 1996), se encontró que las dos fuentes más importantes de estrés son la pérdida cognitiva y el experimentar la necesidad de cuidados especiales.

Abuelos-nietos y bisabuelos-bisnietos

El ser abuelo en la gran mayoría de los casos, da un especial significado a la vejez. La relación abuelo-nieto, parece estar llena satisfacciones para ambos. Todo esto porque la relación entre ellos carece de las obligaciones y responsabilidades que hay entre padres e hijos, por lo que se trata de una relación más flexible y relajada. Las interacciones entre ambos incluyen visitas por parte de ambos, breves o largas; intercambios de regalos y de experiencias. Los abuelos pueden seguir el crecimiento, desarrollo y aventuras de sus nietos conforme van creciendo y estos últimos pueden compartir la sabiduría y experiencia de los viejos. Por su parte, el papel del bisabuelo comienza a ser cada vez más frecuente por la reducción de las edades del matrimonio y procreación. El rol del bisabuelo permite la relación y participación de cuatro generaciones en una familia.

Extrafamiliares

Extrafamiliares denominaremos a todas las relaciones que desarrolla el individuo a lo largo de su vida fuera del ámbito familiar. Entre ellas encontramos a las amistades, las relaciones laborales, las relaciones con vecinos, repartidores, dependientes, doctores, mecánicos, etcétera. Entre todas ellas resaltan por su valor e importancia las de amistad, ya que éstas, al contrario que las familiares o las que son por obligación como las laborales, son elegidas por las propias personas. Muchas personas mayores han desarrollado amistades que no necesariamente se originaron en la juventud o en la niñez, y estas relaciones suelen llevarse con personas con las que hay cierta compatibilidad, que va desde gustos específicos por ciertas cosas hasta historias similares. Por otro lado, las personas mayores desarrollan *redes de apoyo informal*, que se encuentran en contraste con la *red de apoyo formal* de las agencias sociales, organizaciones sanitarias y otros servicios de ayuda oficiales. Según Kalish, aunque la ayuda formal suele ser la más evidente, la mayoría de las personas mayores recibe un mejor y mayor apoyo a través de sus redes informales (1996). Así, los ancianos piden ayuda emocional, práctica y económica a sus familiares, amigos y vecinos. En este apartado cabe mencionar el llamado *conflicto generacional*. En él encontramos que a veces pueden ser difíciles las relaciones con personas de generaciones

distintas ya que éstas pueden encontrar cierto conflicto al toparse con objetivos incompatibles. Sin embargo esto no quiere decir que este tipo de relaciones sean imposibles, al contrario, cada una de las partes puede encontrar muy enriquecedora a la otra si se permiten escuchar y respetar lo que el otro tiene que decir.

Como podemos observar, la familia constituye una gran fuente de apoyo para el adulto mayor, a pesar de que en la mayoría de los centros asistenciales se le tome poco en cuenta para desarrollar tratamientos más adecuados de acuerdo a cada uno de los individuos. Al anciano, se le trata como individuo aislado, cuando en realidad forma parte de un grupo que aunque bien podría ayudarlo, la mayor parte de las ocasiones no es instruido para hacerlo de la manera más adecuada.

La familia en sí puede considerarse una unidad de *descripción, análisis, explicación y acción* (Menéndez, 1993), ya que puede ayudar a detectar las necesidades y problemáticas del adulto mayor, a generar propuestas de apoyo y brindar la atención requerida él directamente o especificada por el centro de atención. La experiencia ha demostrado que ninguna organización puede proporcionar mayor calidad de vida al adulto mayor (sano o enfermo) que un miembro adecuado de la familia.

De esta manera, la familia satisface o puede ayudar al anciano a satisfacer necesidades específicas, porque en cierta medida el anciano resulta una persona *dependiente*. De acuerdo con Kalish (1996), el concepto de dependencia se aplica a la vejez como una agrupación de conceptos separados. Por ejemplo: se puede considerar la dependencia como una relación interpersonal en la que una persona da y otra recibe. O también puede ser considerada como una cualidad o condición del individuo, implicando que algún tipo de incapacidad en el sujeto produce una necesidad de ayuda. Y por último la dependencia puede ser vista como una condición dada o como una condición de la personalidad.

A pesar de que muchos viejos no están de acuerdo con su propia dependencia y preferirían poder mantener el control sobre su ambiente, es bueno para ellos saber que cuentan con alguien de confianza para ayudarlos en esas situaciones que escapan de sus manos. Y que mejor que un miembro de la familia para satisfacer estas necesidades que suelen ser comunes en la vejez.

Entre las necesidades más comunes e importantes que encontramos en los ancianos está el proporcionar una alimentación adecuada, que con frecuencia falta cuando se vive solo. El preocuparse por su dieta no sólo satisface una necesidad fisiológica, sino resulta todo un acto social que agrada al anciano permitiéndole estar por un rato junto a la gente que ama.

Otra necesidad que ayuda a cubrir la familia es la vivienda. La vida independiente de cónyuges ancianos o viudos (as) puede ser muy cara económicamente y psicológicamente poco aconsejable. Esto ha orillado a las familias actuales a buscar diversas soluciones para mantener la autonomía personal de los ancianos y permitir la relación inmediata en caso de ser necesario. Así, la familia resulta también un intermediario útil en la búsqueda de cuidados sanitarios en la ancianidad, para satisfacer sus necesidades de salud.

Por otro lado, la familia y en específico los hijos, forman la principal fuente de ayuda económica para los ancianos. Ellos en ocasiones dan dinero a sus padres, pagan algunos de los servicios, surten su despensa, los alojan por un tiempo o permanentemente en sus hogares, trasladan a diferentes sitios, pagan tratamientos y consultas, etcétera. Así mismo, proporciona al anciano dentro de la sociedad, un espacio menos competitivo y agresivo y más adecuado a sus necesidades.

Es común que el anciano pase por diversas tensiones y situaciones que le ocasionen cambios de ánimo, irritación, ansiedad o estrés. Es por ello que la familia a su vez puede ser una fuente de apoyo psicológico, ofreciéndole un ámbito que de significado a sus vidas, al asumir su papel en la transmisión de la vida y los valores familiares y comprobar que cuando ya no esté en este mundo, habrá seres que llevarán su nombre y prolongarán su vida hacia el futuro (Moragas, 1991).

Como podemos ver, las relaciones con los demás, ya sea con amigos, vecinos o familiares, pueden ser un buen recurso para conseguir una vida más excitante, agradable y satisfactoria durante la vejez. Cuando los ancianos cuentan con menos dinero y más tiempo libre, las relaciones con los demás son de gran valor para ellos. Sin embargo, conforme la edad avanza se va haciendo cada vez más difícil relacionarse con otros y a este proceso de mutua separación es a lo que Neugarten (1972, citado en Kalish, 1996) denomina *desvinculación*.

Conforme el individuo se hace mayor, se comienza a preocupar más por el mundo interior que por los sucesos que ocurren en el ambiente externo, se encuentra menos dispuesto a manejar amplios espectros de estímulos o complicadas situaciones intelectuales y al mismo tiempo que se va separando de la sociedad, la sociedad tiende a separarse de él.

De acuerdo con Kalish, existen dos tipos de desvinculación en la vejez. La primera de ellas es la *desvinculación social*, en la que se da una reducción tanto en el número y duración de las interacciones sociales como en los roles sociales desempeñados. El segundo tipo es el de la *desvinculación psicológica*, donde se reducen los propios compromisos emocionales y las relaciones con lo que pasa en el mundo exterior (1996). Así, algunas personas podrán tener un gran círculo de amistades pero con poca intimidad hacia ellos; o podrán tener muy pocos contactos, pero con fuertes lazos de compromiso para con ellos.

Las personas mayores tienden a desvincularse por diferentes razones. En primera, las estructuras sociales cambian y con ellas sus roles familiares, de trabajo y los recursos de poder, presionando a los mayores a reestructurar su vidas. En segunda, los problemas de salud, los dolores, malestares y molestias, la falta de energía y de memoria, hacen que el individuo se vuelva sobre sí mismo y provoque que los que lo rodean se alejen poco a poco de él. Y en tercera, al caer más en cuenta que el tiempo en esta vida es limitado y que la muerte se encuentra todos los días más cerca, las personas mayores tienden a centrarse más en ellos mismos y las cosas que tienen extremo valor para ellos, haciendo a un lado que les parezca poco importante.

En sí, la desvinculación puede ser un problema para algunos, resultar adaptativa para otros y para alguien más puede ser simplemente la continuación de los patrones de conducta que ha llevado durante toda su vida.

Hasta ahora hemos hablado de las razones por las que se da la desvinculación enfocándonos desde el punto de vista del anciano. Sin embargo es importante también revisar cómo es que se da esta respuesta desde el punto de vista del resto de la sociedad.

Uno de los mayores problemas que han provocado esa separación del anciano por parte de la sociedad, es la imagen que se ofrece al público sobre la vejez. Los medios de comunicación masiva como la radio, la televisión, los periódicos, las revistas, etcétera, en su gran mayoría presentan hechos, actitudes y estereotipos negativos de la vejez, se destacan sus limitaciones biológicas, psicológicas, sociales y económicas, dejando de fuera

todo aspecto positivo de esta etapa de la vida. Esta acción genera a su vez actitudes bastante negativas de la sociedad para con el viejo, principalmente en las sociedades industriales, donde predominan los valores de innovación, iniciativa y cambio por encima del valor de la experiencia y consejo de las sociedades agrarias.

A continuación describiremos las principales actitudes negativas que se por parte de la sociedad y que promueven la desvinculación del anciano.

1. *Ansianismo*. Es el resultado de la acumulación de opiniones socialmente negativas. Provoca un prejuicio que no se basa en hechos, sino en el desconocimiento y la deformación de las potencialidades de los ancianos de las sociedades contemporáneas. Es el primer paso a la discriminación real de las personas mayores en la sociedad. El mayor problema resulta cuando los propios ancianos incorporan estas concepciones erróneas a su propia vida.
2. *Gerontofobia*. Es el odio a la ancianidad, resultado del ansianismo no combatido. La mayor parte de las veces no se manifiesta abiertamente, pero se encuentra implícita en ciertas reacciones sociales, legales, económicas y políticas.
3. *Etiquetaje*. También conocido como estereotipo o estigmatización social, se trata de la imposición de una definición negativa para la persona mayor sin una base real y resulta de la repetición de actitudes negativas. El peor etiquetaje para las personas mayores es el de que "no pueden trabajar tras cumplir los 65 años", sin tomar en cuenta sus capacidades físicas y psicológicas.
4. *Discriminación*. Consiste en la falta de oportunidades por alguna característica de la persona sobre la que no tiene control y surge cuando los prejuicios en torno a la ancianidad llevan a tratar negativamente a las personas de edad en cualquiera de sus roles sociales. A veces los afectados por la discriminación se unen en grupos de presión, partidos políticos, u otro tipo de coaliciones para combatir esta actitud, sin embargo, esta acción implica nuevamente cierto tipo de discriminación hacia el ofensor. Esta situación debe respetarse como ejercicio libre de la voluntad de los implicados,

pero cuando se lleva a cabo reduce la posibilidad de contactos sociales favorables entre las diferentes generaciones y limita la integración social.

Otra razón que resulta muy importante y por la que surgen este tipo de actitudes para con la vejez es la muerte. Así como los ancianos están conscientes de que su tiempo en el mundo se está terminando, nos fuerzan a nosotros a verlo. No sólo vemos la posibilidad de que un ser querido que ya es mayor pueda morir pronto, sino que también nos recuerda que nosotros lo haremos algún día, que no tenemos la vida comprada y que en algún momento dejaremos de existir. Todas estas ideas no son compatibles con la ideología renovadora de la sociedad actual, es por ello que la sociedad tiende a alejarse de las personas mayores, para darle la espalda al asunto, para no pensar.

4.3.3 El trabajo y la jubilación

Otra fuente importante de relaciones sociales y de roles específicos del ser humano es el lugar de trabajo. Y lo consideramos *muy* importante porque casi dos tercios de nuestra vida los vivimos trabajando (Mishara y Riedel, 1986). La mayoría de las personas inicia su vida activa alrededor de los veinte años y la termina entre los 60 y 70 años de edad. De esta manera, el trabajo no sólo domina un área de nuestra vida, sino que repercute en toda ella: en nuestras relaciones con la gente que nos rodea, el grupo de amigos, el tiempo para dedicar al hogar, la familia y actividades recreativas, etcétera.

Si consideramos que en sociedades como la nuestra, el realizar una actividad productiva representa algo de mucho valor, entonces el status de las personas está directamente relacionado con el tipo de trabajo que realicen, careciendo totalmente de él aquellos que no realicen actividad laboral alguna. Esto, sumado a la estigmatización que existe de la vejez, en la que los ancianos prácticamente no pueden hacer nada; hace considerar a las sociedades industriales que trabajo y ancianidad son realidades opuestas, difícilmente compatibles, puesto que evocan roles contradictorios.

De acuerdo con Moragas (1991), el trabajo implica un rol activo, productivo y generador de renta; que requiere de exigencias físicas, psicológicas y sociales; un ritmo intenso, obligaciones, cargas y responsabilidades específicas. La ancianidad por su parte,

implica un rol pasivo, no productivo y preceptor de pensión; que requiere de poca aptitud física y psicológica; un ritmo vital lento, prácticamente sin obligaciones y responsabilidades.

En realidad lo que más afecta a la ancianidad son las limitaciones del trabajo existente y principalmente los estereotipos sobre su capacidad laboral. Es verdad que al envejecer disminuye la fuerza y resistencia musculares, pero muchos trabajos en la actualidad tienen exigencias que pueden cubrir la mayoría de las personas sanas hasta los setenta años o más. Tal vez su tiempo de reacción sea más lento, pero a lo largo de su vida las personas desarrollan estrategias para enfrentarse a los problemas en diversas situaciones, las cuales pueden compensar sus limitaciones físicas y cognitivas.

Además, el tener empleados mayores puede tener muchas ventajas. La asistencia al trabajo por parte de los trabajadores de edad sanos, es más alta que la de los trabajadores jóvenes. Aunque cuando llegan a faltar suele ser por períodos más largos, los ancianos cuidan su trabajo con su asistencia, prudencia, experiencia, atención, precaución y responsabilidad.

Los ancianos se mantienen trabajando por diferentes razones. Algunos de ellos consideran el trabajo parte de su vida, constituye su motivación diaria, algo que da significado a su existencia y por ningún motivo no se sienten dispuestos a renunciar a él. Por otro lado, hay quienes realmente lo necesitan en cuanto a lo económico. A pesar de que reducen los gastos familiares en el momento en que los hijos se vuelven independientes y se van de la casa, también suelen haber gastos fuertes, principalmente referidos al área de la salud: medicamentos, tratamientos, asistencia, etcétera y más aún si se padece de alguna enfermedad crónica. En la actualidad, las pensiones en México son extremadamente bajas y si no se cuenta con el apoyo de algún familiar, el anciano debe buscar la forma de ganar más dinero para poder subsistir. De hecho, el dinero es una de las fuentes más importantes de estrés no sólo para la ancianidad, sino para todas las edades. En los últimos años de vida, hay quienes nunca han sufrido por tener un salario limitado y se encaran con la pobreza por primera vez (Kalish, 1996).

Sin embargo, ya sea de manera voluntaria o a la fuerza, en algún momento las personas tendrán que dejar de trabajar, dando paso por fin a la *jubilación*.

A finales del siglo XIX aparecen las primeras regulaciones sobre la edad de la jubilación, fijada en un principio a los 70 años y progresivamente rebajada. Poco a poco, se ha ido reconociendo el derecho al trabajo del ciudadano sin considerar su edad, mientras tenga las actitudes necesarias para realizarlo (Moragas, 1991). Lo más prudente sería evaluar de manera individual dichas aptitudes en base a las exigencias del trabajo y la capacidad real de la persona para determinar si puede realmente o no desempeñar cierta actividad.

Atchley (1977, citado en Mishara y Riedel, 1986), considera la jubilación como un *proceso*, un *acontecimiento*, y un *papel*. Con *proceso*, se refiere a la preparación y transición de un rol a otro (de trabajador a jubilado); con *acontecimiento*, se refiere a que se trata de un momento concreto en el que se deja de trabajar por completo y con *papel*, se refiere a todas las actividades y actitudes que implican el rol del jubilado.

De acuerdo con Moragas (1991), existen diferentes tipos de jubilación en función del momento de la vida en que se den y son las siguientes:

1. *Jubilación voluntaria*. Cuando la persona decide el momento en que se ha de jubilar.
2. *Jubilación forzosa*. Se le impone a la persona sin alternativa posible por cumplir la edad reglamentaria (en caso de funcionarios públicos), o por procesos de reestructuración sectorial, traslado o cierre de la empresa, etcétera.
3. *Jubilación normal*. En nuestro sistema de seguridad social, la jubilación normal se fija a los sesenta y cinco años.
4. *Jubilación anticipada*. Se da antes de dicha edad por diferentes causas: incapacidad física, situación especial de la empresa o de la persona.
5. *Jubilación retrasada*. Se dilata el momento de la jubilación por intereses mutuos entre la empresa y el trabajador.

Como seguramente lo hemos podido observar en algún paciente o amigo cercano, la jubilación va más allá del simple hecho de dejar de trabajar. Independientemente de que el acontecimiento sea marcado por un acto formal o no, se trata de un suceso que genera muchos cambios en la vida de las personas; y como en todo cambio, la fuerza de

enfrentarse a algo nuevo y desconocido, genera ansiedad, inquietud, desequilibrio y miedo en las personas jubiladas y por consecuencia, en las personas más allegadas a ellas.

El simple hecho de contar con más tiempo libre y de no tener la obligación de "hacer lo que otros dicen", pone al individuo en una situación compleja en la que tras muchos años de ver por los demás, se enfrenta consigo mismo, con sus ideas, con sus gustos y preferencias, para tomar otro tipo de decisiones. Esto supondría un estado de placer, felicidad y libertad; sin embargo, para algunos es tan grande el choque de tanta libertad junta que en lugar de agradarles puede desorientarlos y deprimirlos.

Algunas de las personas cuando se jubilan tienden a enfermarse, a lo que Moragas (1991) llama *síndrome de la jubilación*. Otros, por el contrario, tienden a mejorar su salud cuando dejan de trabajar: los dolores de cabeza, los resfriados, problemas estomacales, y demás sintomatologías resultado de la contaminación, estrés, tráfico y comidas en la calle, que tanto caracterizan a las personas que trabajan en la ciudad, disminuyen al momento de jubilarse.

Las relaciones con los demás también cambian. Los que hicieron grandes amistades en el trabajo tienden a extrañarlas mucho, así que buscan antiguas amistades, vecinos o familiares para llenar ese vacío que la pérdida de trabajo ha dejado. Mientras que otros más suelen aislarse, a encerrarse en sí mismos y sus pensamientos. La jubilación afecta en especial la vida de la pareja, ya que al pasar más tiempo juntos después de tantos años de actividades separadas puede causar conflictos en un principio entre ambos. Algunas parejas logran adaptarse a la nueva situación compartiendo las tareas en el hogar y otras mediante la participación en clubs de jubilados o reuniones fuera del hogar.

Todos los jubilados, siguen sintiendo la necesidad de ocupar sus energías, conocimientos y experiencias durante todas esas horas libres en que se encuentra desocupado, y muchos de ellos no se conforman con realizar actividades sencillas o mantenerse como espectadores en una vida que no deja de avanzar. Es por ello que García (1977), considera que el jubilado no puede vivir en completo descanso durante el resto de sus días.

En realidad, las personas jubiladas realizan las mismas cosas que antes de jubilares: comen, duermen, juegan, se asean, hacen el amor, salen con sus amigos, etcétera, lo que más cambia es el tiempo con el que disponen para realizar cada actividad.

En una investigación realizada por el departamento de Investigaciones Sociales del ISSEMYM en 1977 se encontró que las actividades del anciano en general se encuentran muy limitadas por sus intereses y capacidades, que están muy relacionadas con sus vivencias y experiencias anteriores. Estas actividades se reducen al área de su casa, y consisten en arreglar el hogar, coser o tejer en las mujeres, leer, ver televisión y cuidar a los nietos en caso de los hombres. Algunos van a misa todos los días, compran su despensa o visitan a familiares o vecinos. Aquellos que tienen un nivel intelectual alto, suelen continuar con sus estudios. El horario de los ancianos es peculiar, ya que prefieren dormirse y despertar muy temprano. Muchos de ellos padecen de insomnio, que representa en la mayoría de las ocasiones un verdadero temor a la muerte. Los ancianos duermen poco durante la noche pero lo compensan durmiendo a intervalos en el día.

A pesar de que en muchas ocasiones el panorama para los jubilados suele pintarse muy oscuro, en realidad, la evidencia muestra que la mayoría de las personas se adaptan bastante rápido a la jubilación (Ward, 1979, citado en Kalish, 1996). Acciones preventivas como un consejo adecuado, prevención de la enfermedad, desarrollo de hábitos de salud, ahorro y revalorización de las pensiones pueden facilitar este cambio, reduciendo los miedos y las falsas interpretaciones sobre el significado de estar jubilado.

4.4 Aspectos psicológicos de la vejez

Como ya lo habíamos mencionado anteriormente, el interés de la Psicología por tratar el proceso del envejecimiento es muy reciente. Es por eso que las teorías y esquemas que se utilizan en la actualidad para analizarlo resultan aún bastante rudimentarias y lo que se posee en sí son resultados de investigaciones que poco se comparan con las teorías psicológicas sobre el desarrollo infantil o de la adolescencia (Moragas, 1991).

Aún así, estas investigaciones nos han llevado a saber que toda nuestra vida se encuentra determinada por procesos psicológicos y que al igual que los roles que desempeñamos, las expectativas que tiene la gente sobre nosotros y las ideas que sobre nosotros mismos creamos, éstos van cambiando con el paso del tiempo conforme crecemos y envejecemos. A continuación describiremos estos cambios.

4.4.1 Inteligencia

Definir y medir la inteligencia ha sido un verdadero problema y fuente de grandes debates entre los psicólogos de diferentes épocas y enfoques. Sin embargo hay ciertos aspectos en los que parecen estar de acuerdo, y es a partir de ellos que David Wechsler (citado en Coon, 2001) da la siguiente descripción: "la inteligencia es la capacidad global de actuar con un propósito, de pensar racionalmente y de enfrentarse de manera efectiva con el ambiente" (p.236).

Para ampliar esta definición, Snyderman y Rothman (1987, citado en Coon, 2001), realizaron una encuesta a 1,020 expertos sobre la inteligencia y por lo menos tres cuartas partes de ellos estuvieron de acuerdo en que el *pensamiento o razonamiento abstracto*, la *habilidad para resolver problemas*, la *capacidad para adquirir conocimientos* (o aprendizaje), la *memoria*, y la *adaptación al ambiente*, son aspectos importantes para dicha definición.

En cuanto a su medición, se han creado toda una serie de Tests para poder medirla, evaluarla y analizarla. Sin embargo cada uno de ellos sólo se centran en aspectos muy concretos relacionados con la inteligencia; tales como la capacidad verbal, el razonamiento lógico matemático, la comprensión de lectura, capacidad de combate, etcétera. Pero ninguno de ellos puede evaluar la inteligencia global del anciano para poder enfrentar la vida.

Es por esto que sale a relucir la clasificación que hace Catell (citado en Moragas, 1991), de la inteligencia. De acuerdo con este autor, existe la *inteligencia fluida* y la *inteligencia cristalizada*. La primera de ellas depende directamente de la capacidad de evolucionar y de adaptarse rápida y eficazmente a situaciones nuevas. Representa la aptitud fisiológica y neurológica para resolver problemas nuevos y organizar la información en situaciones concretas. Esto quiere decir, que los conocimientos y la experiencia que tienen las personas no son suficientes para resolver ciertos problemas inmediatos. Por lo general, cuando se presenta una problemática diferente a las que se ha enfrentado el individuo durante su vida, necesitará imaginarse las cosas, analizar la situación de manera rápida y resolver el problema particular en sus propios términos en lugar de extraer la solución correcta del repertorio de sus conocimientos. A esto es a lo que se le llama *inteligencia*

fluida; se basa en la dotación biológica original de la persona, no tiene en cuenta las influencias de la cultura y se mide por el resultado de los tests según exactitud y velocidad.

La *inteligencia cristalizada* por su lado, implica la aplicación del conjunto de experiencias anteriores a la situación presente. Se basa en el resultado de la educación, los conocimientos y la experiencia que adquieren las personas a lo largo de su vida dentro de una cultura y se mide por medio de tests de comprensión verbal.

Se ha encontrado que mientras la inteligencia fluida alcanza su punto máximo durante la adolescencia y posteriormente va declinando, la inteligencia cristalizada aumenta durante toda la vida. Esto quiere decir que si aplicamos tests que se basen en la rapidez y exactitud, los jóvenes saldrán con un mayor puntaje que los viejos; y por el contrario, si aplicamos tests de comprensión verbal, las personas mayores obtendrán una mejor calificación que aquellas más jóvenes.

De acuerdo con Moragas (1991), no es hasta los setenta u ochenta años que el decremento de la inteligencia global aparece de manera general, y aún en estas edades es posible prevenirse con un apoyo especial y un ambiente estimulante para que el anciano mantenga sus aptitudes intelectuales. Sin embargo, si existe un decremento inevitable, al que se le llama *descenso terminal*, se experimenta ya muy cerca de la muerte y se debe a causas orgánicas más que psicosociales.

El descenso de la capacidad intelectual en los ancianos puede deberse a distintos factores, algunos de ellos están ligados directamente con el ambiente, como guerras, problemas económicos, acontecimientos políticos, etcétera; y otros más están en función de sucesos más personales como crisis, divorcios, muertes, fracasos, etcétera.

Es importante reconocer, que así como se da un decremento en la inteligencia global de las personas conforme envejecen, también se dan cambios en los factores particulares que incluimos como parte importante de la definición de inteligencia, como la memoria, la capacidad de aprendizaje, el pensamiento o razonamiento abstracto y la habilidad para resolver problemas.

4.4.2 Memoria

La *memoria* es un proceso en el que información del exterior (ya sean situaciones, objetos, personas, sensaciones o emociones) entra al individuo a través de los sentidos, almacenándose en registros sensoriales para recuperarse posteriormente por medio del recuerdo, ya sea de manera casi inmediata al momento en que es guardada o después de mucho tiempo (Morris, 1992).

De esta manera, la memoria se clasifica por la proximidad entre los hechos almacenados y el presente, en tres tipos: primaria, secundaria y terciaria (Moragas, 1991 y Blanck, 1999).

En la *memoria primaria*, la proximidad entre los hechos guardados y el presente, por lo general es hasta de 30 segundos. Hacemos uso de este tipo de memoria cuando por ejemplo, nos dictan algún número telefónico para que lo maquemos al instante, entonces esas cifras las guardamos sólo por tiempo que transcurre entre que nos los dictan y los marcamos, pero casi inmediatamente después de que los hemos terminado de marcar, los olvidamos, y seguramente tendrán que volvérselos a repetir si sonó ocupado o no nos contestaron y debemos volver a llamar.

Siguiendo con el mismo ejemplo, cuando la persona que nos está dando el número telefónico se tiene que ir o tenemos que desplazarnos a otro lugar para hacer la llamada, por lo general habrá que almacenar por más tiempo dichas cifras. Entonces nos las repetimos varias veces en lo que las marcamos. Cuando esta información la mantenemos por más de 30 segundos y hasta por varios días, estamos haciendo uso de la *memoria secundaria*.

Y por último, todos los recuerdos que tenemos desde que éramos pequeños, las vivencias escolares, los momentos divertidos, las etapas difíciles de nuestra vida, el significado de las palabras, los nombres de nuestros familiares y de las cosas; toda esta información que es el bagaje de conocimientos que mantenemos a lo largo de nuestra existencia la mantenemos en la *memoria terciaria*.

Los estudios realizados para conocer los pormenores de la memoria de los ancianos traen a la luz que con la edad se manifiestan cambios considerables en ella. En general se ha encontrado que la memoria secundaria es la que se ve más afectada con el envejecimiento, mientras que la primaria y terciaria permanecen prácticamente intactas; es

decir que se recuerdan mejor los hechos lejanos que los próximos (Mishara y Riedel, 1986; Moragas, 1991; Kalish, 1996; Blanck, 1999). Obviamente debemos aclarar que no en todos los casos sucede igual, de hecho hay quienes afirman —como Kastenbaum (1980)—, que mientras se goza de buena salud no se sufre de dichos problemas.

Las causas que pueden ocasionar la pérdida de la memoria son muy variables, pueden ir desde aspectos biológicos, como cambios o pérdida de células cerebrales, decremento de las funciones sensoriales (que no permitan siquiera la entrada correcta de la información) y enfermedades con sus respectivos tratamientos (que afectan ya de manera muy particular a cada individuo); hasta aspectos psicosociales, como la falta de hábito de recordar (por la larga concentración en trabajos o rutinas ya muy mecanizadas) o simplemente la falta de motivación (ya sea por estados de ánimo negativos, problemas familiares, etcétera).

Dentro de este panorama, lo importante es saber que la pérdida de memoria puede evitarse o al menos retrasarse por medio de acciones preventivas: tales como el uso de medios mnemotécnicos simples (como agendas, listas, notas, recordatorios, etcétera), prolongando el tiempo para memorizar algo, utilizando medios más atractivos para transmitir la información que se espera memorice el individuo y sobre todo, informándolo de que la pérdida de memoria es evitable y que tiene la capacidad de recordar en cualquier edad, si ejercitan su memoria y siguen ciertas reglas elementales de gran utilidad.

Hacemos el énfasis de mantener una buena memoria a lo largo de la vida, incluso, y más aún en la vejez, porque tal como lo mencionan Kalish (1996) y Blanck (1999), la memoria resulta un aspecto fundamental para el aprendizaje, ya que no se puede recordar algo a menos de que se haya aprendido primero y no se puede aprender algo hasta que sea recordado. Lo que no se puede recordar no existe para el individuo, sea para resolver un problema o para proporcionar seguridad al autoconcepto.

4.4.3 Aprendizaje

El *aprendizaje* de acuerdo con Morris (1992) y Coon (2001), es el proceso en virtud del cual la experiencia o la práctica producen un cambio relativamente permanente en la conducta. En base a esto podemos decir que aprendemos a andar en bicicleta, a leer, a

escribir, a limpiar nuestro cuarto, a relacionarnos con los demás, a multiplicar, a tomar decisiones, a resolver problemas complejos, etcétera.

En general se podría decir que toda la gente mantiene su capacidad para aprender a lo largo de su vida. Sin embargo hay estudios que demuestran que a los ancianos les cuesta más trabajo aprender que a los jóvenes (Kastenbaum, 1980; Moragas, 1991 y Kalish, 1996).

Esto puede deberse a múltiples factores, entre los cuales encontramos los mismos que afectan a la capacidad de memorizar algo, y agregamos otro en especial que es la "precaución". Al parecer en frecuentes ocasiones, cuando parece que los ancianos no captan algo, no siempre es porque no lo hayan aprendido, sino que prefieren no correr el riesgo de cometer un error. Es posible que la tendencia a ser más precavido y menos impulsivo para aceptar riesgos en las personas mayores, pueda provocar que su miedo a fallar sea aún mayor que su necesidad de acertar (Kastenbaum, 1980; Moragas, 1990 y Kalish, 1996).

Otro factor que puede afectar el aprendizaje de las personas mayores es que tienen tiempos de reacción más lentos, lo que se ve empeorado por la poca disposición de la sociedad actual de "dar más tiempo al tiempo", es decir, de tomar las cosas con más calma y tranquilidad, de darle a las personas un mayor lapso de tiempo para aprender algo. Muchas veces la información que se pretende que la gente mayor aprenda, se transmite con demasiada rapidez o en maneras poco satisfactorias.

Por otro lado, encontramos nuevamente los estados de ánimo, las emociones y sentimientos. Una persona que se siente despreciada, sola, triste y abandonada, seguro estará más preocupada por su angustia interna, que por prestar atención a lo que sucede a su alrededor.

Aún con estas limitantes, las personas mayores sí son capaces de aprender, de hecho es muy probable que en la vida diaria aprendan más de lo que se cree. Lo que el anciano necesita para aprender de manera efectiva de acuerdo con Moragas (1991), es un mayor tiempo, estímulos motivantes adecuados y una buena orientación o guía.

4.4.4 Razonamiento y solución de problemas

Una vez que se recopila la información de nuestro entorno a través de la percepción y el aprendizaje, se lleva a cabo un proceso que le da orden a todo ese caos de datos acumulado. Por medio de él se diferencia la información y se cataloga en conceptos, para luego archivarse y utilizarse cuando sea necesario. A todo este proceso se le conoce como *razonamiento* (Moragas, 1991).

El hombre hace uso de la razón cuando tiene que resolver algún problema, ya que para ello se requiere hacer una valoración de diferentes posibilidades y realizar ciertas deducciones que llevarán a tomar una decisión, que implica el seleccionar una alternativa de entre varias.

Conforme se va envejeciendo, se encuentra que la capacidad para resolver problemas se va deteriorando tal como las otras funciones cognoscitivas de las que ya hemos hablado. Todo parece indicar que el problema más grande para los ancianos es que tienen una mayor dificultad para organizar e integrar la información, lo cuál se manifiesta de diferentes formas. Para empezar, cuando una persona mayor tiene que tomar alguna decisión, suele hacer más preguntas o repetirlas varias veces con el fin de esclarecer sus dudas; por otro lado, les cuesta más trabajo distinguir entre los factores relevantes que le permitirán tomar la decisión de aquellos que resultan irrelevantes; y por último, suelen requerir de más tiempo para reconocer los factores clave necesarios para resolver el problema.

Uno de los factores que pueden ayudar o mejorar la solución de problemas es el desarrollo de la *creatividad*; definida por Morris (1992) como "la capacidad de producir ideas u objetos nuevos y originales".

Normalmente se acostumbra a medir la creatividad en función de las obras, descubrimientos, publicaciones o trabajos relevantes hechos por grandes eminencias científicas y artísticas. Y los estudios de Lehman (1953, citado en Kalish, 1996), demuestran que la mayoría de los buenos científicos y artistas establecen nuevos descubrimientos cuando son jóvenes y que más tarde desarrollan las implicaciones de tales descubrimientos. Si estos no realizan el consecuente desarrollo, es muy probable que nunca se tome en cuenta el significado de su trabajo original, desde el momento en que por lo

general se trata sólo de la acumulación de varias conclusiones creativas. De acuerdo con este autor, una sola conclusión no implica una contribución real. Él encontró que cuando se puede hablar del desarrollo de algo altamente creativo, el científico o el artista suele tener cincuenta años.

Sin embargo, no es necesario llegar hasta el descubrimiento de algún producto nuevo, o a la producción de una obra artística para hablar de que una persona está siendo creativa. Cuando una persona mayor cuenta con más tiempo libre tras la jubilación, normalmente encuentra nuevos caminos para salir de su ocio que van desde actividades artísticas, nuevas formas para que rinda más su pensión, o para acomodar los muebles de su casa de manera que les pueda dar un mejor uso, etcétera.

Es por ello, que promoviendo el desarrollo de la creatividad en los ancianos, no sólo pueden crecer de manera personal, sino que también puede ayudarlos a ejercitar y mejorar sus condiciones intelectuales.

4.4.5 Personalidad

Hemos hablado ya de las condiciones intelectuales de los ancianos, es hora de que profundicemos un poco más en su persona, en su forma de comportarse, en lo que suelen sentir o pensar conforme van envejeciendo. Y para eso empezaremos hablando de su personalidad.

De acuerdo con Moragas (1991), la *personalidad* se encuentra constituida por características individuales (que son de origen congénito y adquirido), formas de ser y estilos de vida de cada persona; aspectos que en su conjunto convierten al individuo en un ser único.

La experiencia demuestra que por lo general la personalidad se mantiene constante y estable a lo largo de toda la vida, produciéndose sólo ligeros cambios a partir de situaciones o sucesos relevantes: por lo que las personas mayores que se encuentran en óptimas condiciones, gozando de buena salud y actividades que den sentido a su vida, casi no tienen cambios en la estructura de su personalidad que tenían desde jóvenes.

Por el contrario, aquellas personas que se ven afectadas por situaciones como una enfermedad grave, mayor disponibilidad de tiempo, la muerte de algún ser querido, pérdida

de trabajo, problemas económicos, etcétera, tienen mayores posibilidades de sufrir cambios en su personalidad.

En un estudio realizado por Reichard en 1962 (citado por Mizara y Riedel, 1986), se investigaron los tipos de personalidades que presentaban adultos mayores cuyas edades oscilaban entre los 55 y 84 años. De esta manera estableció una clasificación de cinco tipos de personalidades, de entre las cuáles, tres de ellas se encuentran bien adaptadas y las dos restantes no lo están.

Las personalidades que se encuentran bien adaptadas y que reflejan una correspondiente aceptación de sí son las siguientes:

1. *Madura*. Se trata de la personalidad más sana y mejor adaptada. Las personas maduras, son estables, se encuentran bien integradas, disfrutan de su vida, suelen tener buenas relaciones con los demás y se aceptan a sí mismos tal como aceptan su pasado y presente.
2. *Pasiva*. Son personas más tranquilas, que pasan más tiempo en casa, contentas de que por fin puedan descansar. Normalmente sus relaciones con los demás se caracterizan por un estado de dependencia.
3. *Defensiva*. Abarca a individuos activos, rígidos, disciplinados, individualistas, que realizan muchísimas actividades porque sienten que no soportan estar sin hacer nada.

Las dos personalidades que se encuentran mal adaptadas de acuerdo con este autor son las siguientes:

4. *Colérica*. Son el tipo de personas que culpan a los demás y les hacen responsables de sus frustraciones y limitaciones. No pueden aceptar que están envejeciendo y luchan continuamente por evitar este proceso.
5. *Autoagresiva*. Se trata de personas mal ajustadas y que se odian a sí mismas. Normalmente se aíslan del mundo y viven con fuertes depresiones.

Otros factores que definen la personalidad de un individuo son su *identidad*, *autoconcepto* y *autovaloración*. La *identidad* según Whitbourne y Weinstock (citados en

Moragas, 1991), "se basa en la integración del conocimiento que la persona posee de su potencial físico y mental, de sus ideas, motivos, objetivos, roles y limitaciones" (p. 81), es algo así como lo que "yo sé de mí", o "la idea que tengo yo de mí". Si existen contradicciones entre lo que "yo sé de mí" y mi propia experiencia, entonces modifico mi concepción de mi mismo de tal forma que se ajuste con la realidad. Por ejemplo: una persona mayor puede creer que nunca será capaz de leer una partitura, pero si algún maestro le explica el significado de las notas en un pentagrama, entonces corregirá esa idea de sí mismo y la adaptará a la realidad, pensando que no sólo puede aprender a leer un pentagrama, sino que hasta podrá aprender a tocar el piano. De esta manera, nos damos cuenta que la identidad se prueba diariamente en la realidad, ajustándose y modificándose según la información que llega de los demás, permitiendo que nuestro concepto de nosotros mismos se perfeccione y proporcione mayor seguridad.

La identidad se estabiliza con el envejecimiento a medida que la experiencia refuerza la percepción de la misma. Cuanto más tiempo se mantiene la identidad, más seguro está el individuo de que la percepción de su personalidad es la adecuada.

El problema está cuando el cambio resulta tan impactante para la persona que no puede integrarlo, de manera que se tambalean los fundamentos de su propia identidad forzando a un replanteamiento. Algunos de los factores que provocan estos impactos son los cambios drásticos en la salud o aptitud física, la pérdida de alguno de los sentidos o miembro esencial del cuerpo, muerte de un ser querido, crisis económica, etcétera.

El *autoconcepto* por su parte, proporciona un juicio del individuo en relación con lo que él mismo y los demás piensan sobre su persona. Cuando existe un equilibrio entre lo que piensan los demás y lo que piensa uno sobre uno mismo, normalmente hay satisfacción, una personalidad integrada y adaptación a la realidad; por el contrario, cuando no es así, seguramente habrá insatisfacción, frustración, pesimismo, etcétera. Una personalidad integrada según Moragas (1991), es aquella que encuentra coherencia entre las exigencias de su "rol social" (que es lo que los demás esperan de él), y su "yo efectivo" (que es lo que hace la persona efectivamente). Cuando la persona mayor va modificando su autoconcepto a la par de los cambios que van afectándolo a lo largo de la vida, es muy probable que cuente con una personalidad integrada. Esto se da por ejemplo cuando la persona mayor tiene nietos y acepta y adopta su papel de abuelo de buen gusto, tal como

sus hijos esperarán que lo haga. En cambio, cuando un anciano es jubilado de manera forzosa, seguramente habrán sentimientos de malestar, de frustración e insatisfacción debido a la falta de concordancia entre lo que los demás esperan de él (como la empresa que lo jubila) y lo que él espera de sí mismo (que podría ser el seguir trabajando).

Y por último, la *autovaloración* implica el reconocimiento de nuestras propias virtudes, defectos, capacidades y limitaciones como seres humanos. Normalmente durante la juventud, el énfasis de la valoración se sitúa en el hacer, en el logro y en el desempeño del rol. Pero conforme se envejece, la valoración realista se basa en reconocer la disminución de funciones y en que se hace lo que se debe. Es por ello que para esta edad, la autoestima depende más de cualidades morales que de logros sociales.

La evidencia demuestra que la autoestima es mayor en la gente de edad que los más jóvenes y que aumenta a través de los años en la medida en que las personas son más libres para aceptar su rol con menores exigencias sociales (op.cit.).

Las personas suelen tomar ciertas medidas para defender su identidad personal cuando se sienten amenazados por su medio; y una de las acciones de defensa que suelen adoptar las personas mayores es la llamada "apreciación relativa"; la cuál consiste en situarse en un estado superior, ya sea físico, psicológico o social, con respecto al de su generación; y se manifiesta en comentarios como: "aún puedo hacer tal cosa, mientras que la mayoría de mis colegas ya no se atreven...".

4.4.6 Motivación, emociones y sentimientos

La *motivación* es un mecanismo que inicia, sostiene y dirige las actividades de una persona. Puede ser *intrínseca*, cuando surge a partir del propio individuo (como el hambre motiva a buscar comida); o *extrínseca*, basada en recompensas externas obvias, obligaciones o factores similares (como el obtener reconocimiento de los demás motiva a realizar un trabajo) (Coon, 2001). Por lo general, la intensidad de las motivaciones está relacionada con la probabilidad de conseguir los objetivos que se presentan.

Como otro de los tantos factores relacionados estrechamente con la personalidad, la motivación mantiene cierta estabilidad con la edad. Sin embargo, al ser una realidad el que

vayan disminuyendo las oportunidades para las personas que envejecen, cabe esperar a su vez una disminución gradual de la motivación.

Las *emociones* y los *sentimientos* constituyen también un elemento fundamental de ese motor interno que genera la acción en los individuos. Actualmente no existe un acuerdo en cuanto a considerarlas conjuntamente o como si fueran cosas diferentes. Sabemos que su variabilidad es enorme, tanto en calidad (*positivos*: alegría, amor, felicidad, compasión; o *negativos*: odio, ira, irritación, tristeza), como en grados de intensidad, según la personalidad del sujeto, fuerza del estímulo exterior y marco ambiental. Por su duración en el tiempo, los sentimientos o emociones son *permanentes* cuando acompañan a la persona durante la vida, como la personalidad optimista o pesimista, activa o pasiva; o son *temporales*, como los estados de ánimo, o el humor, que suelen no durar más de unas horas o días (Moragas, 1991).

Por su parte, autores como Heller (1980), Daco (1986) y Coffe^r (1997), los diferencian. A grandes rasgos, consideran que las *emociones* son reacciones instantáneas puras y de gran intensidad ante situaciones u objetos en particular. Las llaman "puras" porque suponen que no tienen ninguna interpretación al momento que se suscitan, además de que suelen ser muy intensas y cortas. Parece ser que son un estado de excitación que perturba el comportamiento habitual y por lo general van seguidas o acompañadas de sudoración, contracciones en el estómago, tensión de músculos, temblor o sacudimientos repentinos. De esta manera podemos experimentar ira cuando alguien nos golpea con fuerza por ejemplo, y entonces sentimos que los músculos de nuestro cuerpo se tensan, sudamos un poco y algo presiona nuestro estómago; todo esto a gran velocidad y por poco tiempo antes de que soltemos otro golpe a nuestro agresor. Algo similar sucede con el miedo, nos tiemblan las manos y las piernas, el corazón late rápidamente y sentimos un sudor frío en todo el cuerpo. Se dice que las emociones sirven para estar alertas al mundo y para sobrevivir en él.

En cambio, dicen que los *sentimientos* son el medio por el que tratamos de definir o exteriorizar la sensación que experimentamos al estar en contacto con el mundo. Es una manera de interpretar lo que llega de fuera, de los estímulos y situaciones que vienen del exterior; es decir, se trata de una forma en que lo externo toma significado para nosotros. Manifiestan que los sentimientos son aprendidos, nos los enseñan o los vamos aprendiendo.

modificando o puliendo a lo largo de nuestras vidas; aunque por lo general se mantienen constantes. Los podemos expresar o guardar para nosotros a nuestro placer y por lo común se mantienen durante un largo período de tiempo y no se manifiestan con tanta intensidad como las emociones. De esta manera tenemos sentimientos de cariño, de odio, de dolor, de pesar, de tranquilidad, de paz, etcétera.

De acuerdo con Moragas (1991), la existencia de las emociones y sentimientos no guarda relación directa con la inteligencia, razonamiento, etcétera; pero si se hallan influidos por estas aptitudes intelectuales. Así, encontraremos a personas "impulsivas", que suelen dejarse llevar por sus sentimientos y/o emociones; y a personas "intelectivas" que actúan en base a influencias de la inteligencia.

Se piensa que con la edad, al aumentar el tiempo de reacción de la base neuroendocrinológica y de la personalidad de los individuos, se da un decremento en la intensidad de las emociones (dado que como decíamos antes, éstas conllevan reacciones fisiológicas en el cuerpo). Así mismo, las personas mayores se encuentran sometidas a mayor número de experiencias negativas, por lo que poseen más factores objetivos para tener sentimientos negativos.

Aún así, existen investigaciones que aseguran que la emotividad del anciano se mantiene en la misma dirección y con semejante intensidad; de manera que el joven alegre muy probablemente de viejo lo seguirá siendo, siempre y cuando los sucesos de la historia personal no alteren la estructura básica de su personalidad.

4.4.7 Salud y enfermedad psicológica

El concepto clave del envejecimiento psicológico normal es el de *salud mental*, equilibrio, en relación con el medio ambiente. Es el resultado de una serie de factores y adaptaciones satisfactorias, tanto a nivel individual como social. Los factores que afectan directamente la salud mental pueden ser biológicos, del medio ambiente, del estilo de vida y de la organización sanitaria; pero a través de diversos estudios se ha descubierto que el más importante a fin de cuentas es el estilo de vida individual. Con *estilo de vida* nos referimos al lugar donde la persona trabaja, las actividades que hace a partir de que se

levanta, la gente con la que vive, el tipo de alimentos que consume, los ejercicios que realiza y el cúmulo de decisiones individuales que moldean la vida de cada persona.

Un envejecimiento normal es aquel en el que no existen síntomas de enfermedad psíquica. A pesar de la gran cantidad de sucesos que afectan la vida de una persona cuando está envejeciendo, por lo general, ésta logra mantener ese equilibrio que le permite mantener la salud mental. Es por ello que en realidad son muy pocos los ancianos que padecen enfermedades mentales.

Debido a la gran diversidad de enfoques psicológicos, muchos profesionales no gustan de la categorización de normalidad o patología y prefieren hablar de la intensidad de una condición a otra. Lo que parece más conveniente a fin de cuentas es evitar las etiquetas definitivas que clasifiquen a las personas como mentalmente sana o enferma, en virtud de diagnósticos inflexibles que pueden tener consecuencias fatales en el equilibrio de la persona y en sus posibilidades de realización social.

Tal como los trastornos físicos se clasifican de cierta forma, también los problemas de salud mental pueden hacerlo. Aquí prestaremos atención a los *desórdenes cognitivos orgánicos*, y las *enfermedades funcionales* que afectan a la vejez.

Los *desórdenes cognitivos orgánicos* surgen a partir de cambios en la bioquímica, de deficiencias en los tejidos y los órganos o en el funcionamiento de los mismos (Moragas, 1991). Entre los *desórdenes cognitivos* más comunes encontramos los siguientes:

1. *Demencia senil*. Afecta al cerebro, conduciendo al olvido extremo, a la confusión y en un número relativamente pequeño pero dramático, a un estado virtualmente vegetativo. Aún no se llega a un completo acuerdo sobre el término que mejor describa a esta enfermedad, de hecho *demencia*³⁶ no es un término usado muy ampliamente, pero sí el de *síndrome cerebral orgánico*, *síndrome cerebral crónico* y *disfunción cerebral* (Kalish, 1996).

³⁶ De acuerdo con Kalish (1996), la definición de *demencia* se realiza en términos conductuales aunque las causas sean psicológicas o biológicas. Así, a una persona mayor se le diagnostica demencia cuando su pensamiento o su memoria se han deteriorado hasta el punto de que esa pérdida sería interfiere con su actuación ocupacional y social. Los síntomas de la demencia incluyen una memoria deteriorada, capacidad de pensamiento abstracto disminuida, una reducida capacidad para emitir juicios, un menor control de los

2. *Alzheimer*. Se trata de un tipo de demencia presenil. Los síntomas más notables son problemas en las habilidades verbales, visuales y en la memoria reciente, además de reducción de la atención y una pérdida de la orientación en el tiempo y en el espacio. El deterioro intelectual se va deteriorando poco a poco hasta llegar a la incapacidad total y la muerte. Como las personas que padecen esta enfermedad son conscientes de su confusión y falta de memoria, suelen deprimirse y sufrir de ansiedad (Kalish, 1996 y Blanck, 1999).
3. *Demencias cerebro vasculares*. La causa de estas demencias es la isquemia del tejido cerebral por oclusiones de los vasos sanguíneos. Suelen ser difíciles de diferenciar de la enfermedad de Alzheimer porque sus síntomas son muy parecidos: deterioro generalizado de las funciones mentales, conducta agitada, depresión o delirios. De hecho el diagnóstico sólo suele clarificarse con la autopsia (Moragas, 1991; Kalish, 1996 y Blanck, 1999).
4. *Demencia de tipo Parkinson*. En ella también se producen deterioros de las capacidades cognitivas, la memoria y el aprendizaje; aunque se mantiene la memoria reciente y la de largo plazo, la competencia lingüística y la habilidad intelectual en general. Aparece un temblor durante el descanso, rigidez, cambios en la postura, dificultad de iniciar los movimientos y lentitud (Blanck, 1999).

Las *enfermedades funcionales* no tienen una base somática u orgánica. Estas se desarrollan por el estrés ambiental y las reacciones a las muchas pérdidas que ocurren en los últimos años. Por su gravedad y manifestaciones se dividen en dos categorías: *neurosis* y *psicosis*.

La *neurosis* es una enfermedad característica de nuestra vida moderna y es considerada una reacción frente a la angustia. Posee varias manifestaciones: histeria, fobias, ansiedad, hipocondría y depresión. En la *histeria* se presenta una excitabilidad emocional impetuosa asociada en ocasiones con el desarrollo de incapacidades físicas evidentes

impulsos y un cambio en la personalidad; aunque no siempre se encuentran todos estos síntomas en las personas que sufren demencia.

(entumecimiento, ceguera, etcétera) sin causa física conocida; mientras que las *fobias* implican un temor irracional intenso a algún objeto o situación (Coon, 2001).

La *ansiedad*, se manifiesta por el temor y la anticipación ansiosa de un mal, incluso cuando es difícil determinar a qué se le tiene miedo. Llega acompañada de sensaciones corporales como tensión muscular, palpitaciones o sudor excesivo. Este tipo de reacciones proceden por lo general de un sentimiento de impotencia ante la vida (Mishara y Riedel, 1986).

La *hipocondría*, se manifiesta mediante una preocupación angustiosa por ciertas partes del cuerpo que la persona cree lesionadas o enfermas. Se piensa que muy seguido los hipocondríacos encuentran en estos síntomas un pretexto para evadir sus obligaciones sociales (op. cit.).

Y por último encontramos la *depresión*, la cuál se considera el desorden funcional más común en la vejez. Sus síntomas incluyen reducción en la autoestima, un punto de vista negativo con respecto al futuro, una gran tristeza y disminución de actividades con las demás personas. Así mismo se presentan síntomas físicos como falta de apetito, pérdida de peso, fatiga y estreñimiento. Estos son los síntomas más comunes, sin embargo hay ocasiones en las que se puede presentar agitación, llanto, tensión y ansiedad (Kalish, 1996).

Por su parte las *psicosis* suponen la pérdida de contacto con la realidad y se manifiestan por alucinaciones, conducta extraña y débil control de impulsos. Los principales tipos de psicosis son la esquizofrenia o división de la personalidad, la psicosis afectiva, la paranoia o fijación de ideas y la depresión psicótica.

La *esquizofrenia* es una perturbación emotiva grave, que se caracteriza por la presencia de emociones inapropiadas o la ausencia de emociones, el retraimiento y la despersonalización. En ella son comunes el delirio y la alucinación, haciendo necesaria la hospitalización cuando estas perturbaciones se vuelven ya muy graves. Normalmente los esquizofrénicos ancianos son, enfermos afectados desde muchos años atrás y que han envejecido en ese estado (Mishara y Riedel, 1986).

La *psicosis afectiva* de acuerdo con Coon (2001) es un término general que se aplica a cualquier trastorno mayor del estado de ánimo que incluye síntomas psicóticos. Un trastorno afectivo entre los viejos es la *conducta maniaca*, que se manifiesta con una

euforia excesiva, un optimismo extremo, sentimientos de pobreza, una dicción rápida e hiperactividad (Kalish, 1996).

La *paranoia* "es un sentimiento de desconfianza hacia personas o fuerzas exteriores percibidas como capaces de perjudicar" (Mishara y Riedel, 1986). Normalmente las reacciones paranoides aumentan durante la vejez; y esto puede deberse a la disminución de los sentidos, como la sordera y las perturbaciones de la percepción que tan frecuentes resultan en los ancianos. Es muy probable que las personas que no escuchan bien, malinterpreten algunas declaraciones de los demás y lleguen a creer que los demás tienen intenciones hostiles o agresivas contra ellos. Es por ello que el tratamiento de las reacciones paranoides necesita por lo general una disminución de la angustia; para lo que a veces será necesario el uso de ciertos medicamentos o una intervención en el entorno para que le sea menos amenazador.

Y por último, la *depresión psicótica*, comparte los síntomas que mencionábamos en la definición anterior de depresión. Sin embargo, se le considera "psicótica", cuando a su vez incluye alucinaciones y pérdida del contacto con la realidad.

Los estudios muestran que los ancianos más susceptibles de desarrollar enfermedades funcionales son los que experimentan mayores agresiones del medio o aquellos que durante su vida tuvieron dificultades enfrentándose a cambios vitales durante su juventud. En este tipo de enfermedades, la probabilidad de enfermedad depende de la condición física pasada, de las experiencias y de la intensidad de los factores sociales que atacan el equilibrio del anciano (Moragas, 1991).

A grandes rasgos podemos encontrar cuatro formas de intervención para tratar este tipo de enfermedades funcionales: 1) la psicoterapia; 2) la modificación del entorno; 3) uso de agentes terapéuticos como los antidepresivos tricíclicos, los principales tranquilizantes y el litio; y 4) la sismoterapia (a base de descargas eléctricas) (Mishara y Riedel, 1986).

Un aspecto más que resulta importante tomar en cuenta, no considerado como enfermedad, pero sí como la consecuencia de la falta de atención a muchas de ellas es el suicidio o el intento de suicidio en las personas mayores. Cuando se ha perdido gran parte de la vista o de la audición, se sufren enfermedades crónicas como la diabetes, se ha dejado de trabajar sin encontrar una mejor actividad para ocupar tanto tiempo libre; cuando las

relaciones con los demás son muy pobres, surgen sentimientos de tristeza, soledad, melancolía y desánimo; cuando se padecen desórdenes orgánicos como el Alzheimer, el autoconcepto, la autovaloración y la identidad propia disminuyen. Cuando la depresión es intensa, el futuro parece sin esperanzas y cuando la persona mayor se siente sin ayuda, el suicidio puede ser visto como una alternativa apropiada.

De acuerdo con autores como Mishara y Riedel (1986), Kalish, (1996) y Blanck (1999), las tasas de suicidio tienden a aumentar con la edad; de hecho, los intentos consumados en muerte son mucho mayores que entre gente más joven. Según Kalish, los intentos de suicidio se consideran a menudo como una solicitud de ayuda, generalmente cuando el individuo cree que es la única forma en que puede conseguirla. Así mismo, el suicidio puede ser como una acción significativa que tiene un impacto para los demás, tal como un castigo por ser negligentes, o por no haberle tenido en cuenta. Definitivamente hay quienes intentan suicidarse porque realmente lo que quieren es morir. El autor considera que las personas mayores que intentan o consuman el suicidio, tienen menos probabilidad que otras personas más jóvenes de pedir ayuda, de influir o afectar a otras personas que están a su alrededor; razón por la cuál gran parte de estos intentos de suicidio terminan con la muerte.

4.5 El anciano frente a la muerte

Hemos llegado a un punto muy importante en nuestro trabajo. El suicidio puede verse como el escape de una realidad, de una forma de vida que resulta ya insoportable. Sin embargo, la muerte no siempre se considera una salvación, por el contrario, hay quienes la piensan como algo terrible, incomprensible, deprimente y extremadamente doloroso.

El reconocimiento de la propia muerte como inevitable, no aparece de forma repentina en la vejez, sino en la edad media de la vida, cuando la persona se empieza a dar cuenta que su tiempo en este mundo está limitado y que sus metas y objetivos tienen un lapso para llevarse a cabo. Dice Blanck: "así como para el niño la muerte es siempre la muerte del otro, para el adulto la muerte de otro siempre refiere a la propia" (1999, p. 51).

El dilema de la vejez es que las semanas, los meses y los años pasan rápidamente con sólo la muerte al final, mientras que al mismo tiempo, los minutos y las horas se hacen

largos cuando ya no se pueden llenar con nada. Y es que para vivir bien, sobre todo en la vejez, se necesita cierta llama pasional. Cuando alguien se cuida tanto eliminando todo lo agradable, como la bebida, comida y/o sexualidad, tal vez efectivamente mejora su salud, pero también se pierde el entusiasmo por la vida.

En realidad, resulta muy difícil ponerse en los pies de un anciano y entender el sentimiento que genera el enfrentarse a sus últimos días de vida. Por ello Weisman (1972, citado en Kalish, 1996), un psiquiatra renombrado, enumeró siete cuestiones con las cuáles podamos acercarnos un poco a ese sentimiento de las personas mayores al intentar responderlas. Las preguntas dicen así:

1. Si tuviera que enfrentarme a la muerte en un futuro próximo, ¿qué es lo que más me importaría?
2. Si fuera muy viejo, ¿cuáles serían mis problemas más cruciales? y ¿cómo los resolvería?
3. Si la muerte fuera inevitable, ¿qué circunstancias la harían aceptable?
4. Si fuera muy viejo, ¿cómo podría vivir más efectivamente y con menos daño a mis principios ideales?
5. ¿Qué puede hacer una persona para prepararse a su propia muerte o la de sus seres queridos?
6. ¿Qué condiciones y eventos puede hacer que sienta que estoy preparado para la muerte? ¿cuándo daría un paso para enfrentarme a la muerte?
7. Cuando se es viejo, cada uno debe confiar en los demás. Cuando llegara el momento de morir, ¿qué tipo de personas me gustaría tratar?

Como podemos observar, resulta bastante complejo dar una respuesta satisfactoria a cada una de estas cuestiones. Enfrentarse a la muerte no es fácil, menos cuando es la de un ser querido, mucho menos cuando es la propia. Y si a eso le sumamos la falta de un apoyo adecuado, los últimos días de vida pueden ser bastante dolorosos para la persona mayor.

4.5.1 Reacciones psicológicas ante la muerte

Blanck y Cerejido (1997) encuentran una respuesta de vergüenza frente a la muerte en la actualidad. Pareciera como si al aceptarla se diera uno por vencido y se fracasara ante

el mandato social de ser feliz y tener éxito. La muerte, que era un hecho esencial de la existencia humana, se ha convertido en un acontecimiento absurdo y una falla sin justificación, puesto que se ha dejado de creer en la existencia un más allá (que le daría sentido) y en la sobrevivencia del alma (que la anularía).

Esta pérdida de sentido de la muerte, genera e intensifica ciertas reacciones psicológicas que cada vez se vuelven menos manejables, tal como cuesta trabajo asumir las propias limitaciones y aceptar que la única manera en la que podemos sobrevivir es a través de nuestros hijos, o de nuestras ideas, obras y enseñanzas.

De acuerdo con Thomas (1991), la muerte se presenta ante nosotros como un dato contradictorio. La muerte es cotidiana y sin embargo, siempre parece lejana, sobre todo en la juventud; son los otros los que mueren, aún cuando la muerte lo amenace a uno a cada momento. La muerte es natural, no obstante, se presenta como una agresión, un accidente arbitrario y brutal que nos toma desprevenidos. La muerte es horrible porque separa para siempre a los que se aman, porque resulta el chantaje favorito de todos los poderes y porque degrada nuestros cuerpos de una forma innoble; sin embargo también es fascinante porque renueva a los vivos e inspira casi todas nuestras reflexiones y obras de arte.

Además de estas sensaciones de contradicción, la muerte suele provocar reacciones psicológicas como: miedo, angustia, negación, ocultamiento y rechazo, mismas que describiremos con mayor detalle a continuación.

4.5.1 Miedo y angustia ante la muerte

Autores como Elias (1989), Hinton (1976) y Sádaba (1991), concuerdan en que lo que da miedo de la muerte no es tanto la muerte en sí, puesto que en el mejor de los casos sólo se cae en sueño y el mundo desaparece, para los muertos no hay miedo ni alegría; sin embargo los dolores de los moribundos, la pérdida que sufren los vivos al morir una persona a la que quieren, las representaciones mentales colectivas o individuales que rodean al hecho de muerte y la idea anticipatoria de la muerte, en la que se revela la certeza de perder o ver destruido lo que los propios mortales consideran que tiene sentido y llena de vida, es lo que en realidad resulta terrible y provoca más miedo de la muerte.

El problema del miedo a la muerte afecta a todos, sólo que en diferentes grados y de diversas formas. Gran parte de estas diferencias se encuentran en función del lugar y de la época en que se ubiquen, tal como lo hemos planteado en los capítulos 1 y 2 de esta tesis. Sin embargo hay otro factor que influye mucho en la forma de concebir la muerte y ésta es la edad.

De acuerdo con Hinton (1976), alrededor de los cinco años se formula de manera un tanto defectuosa una idea de la muerte en los niños. Ellos ya pueden experimentar la idea de ir a dormir sin que se pueda despertar de nuevo, de morir en manos de gente malvada o en accidentes, de ahogarse y de temer a los fantasmas de los muertos. Estos miedos pueden surgir tras la muerte de alguna persona cercana o de la asistencia a un funeral. Los niños entre cinco y nueve años imaginan la muerte como si se tratara de una persona, o como una imagen pálida a veces horripilante.

Por lo general los niños no rehuyen sin fundamento el pensamiento de muerte y se encuentran dispuestos a hablar de ella. Sin embargo, como resultado de las costumbres de las sociedades actuales, los padres se encuentran más evasivos que antes a hablarles a sus hijos de la muerte y del hecho de morir. En la actualidad hay niños que crecen sin haber visto nunca un cuerpo muerto. El aumento de la prolongación de la vida hace de la muerte algo cada vez más lejano para los niños y los jóvenes (Elias, 1989).

Estas acciones suelen generar fuertes conflictos en los niños, ya que tras una vida de ocultamiento de la muerte, se encuentra que muchos de los niños después de su primer contacto con ella en algún funeral, especialmente al ver, tocar o incluso besar al cadáver para despedirse, con frecuencia experimentan miedo a la oscuridad, con el típico temor de que el sueño puede conducirles a la muerte (Hinton, 1976). Además, se ha encontrado (Elias, 1989) que al haber dificultad en los niños para poder distinguir bien entre deseo y acto consumado, entre fantasía y realidad; los sentimientos de odio y los deseos de muerte que espontáneamente surgen en ellos tienen en su sentir un poder mágico, donde el deseo de matar, mata. Y luego, -al igual que los adultos- si llegase a fallecer alguien cercano, por el que en algún momento se sintió odio, rencor o coraje, el niño suele sentirse culpable y a cuestionarse intensamente "¿soy yo el culpable de su muerte?", "¿mi odio ha provocado que muera?".

Cuando nada de esto sucede, y se mantiene una vida "feliz" alejada de la muerte, los jóvenes y adultos tienen menos motivos para pensar en ella; toda reflexión al respecto carece de importancia; por lo general la gente admite que no quiere pensar en ella, principalmente si se trata de la propia. De por sí resulta raro hablar de la muerte de otro en su misma presencia. Suele suceder que si alguien habla de su propia muerte, los que le rodeen inmediatamente señalarán amablemente que ésta no tendrá lugar por el momento y que habrán de esperar mucho a que suceda. Esta evasión tal vez da una tranquilidad momentánea pero no definitiva en cuanto al doloroso suceso.

De acuerdo con Kalish (1996), las estadísticas y observaciones demuestran que las personas mayores piensan más en la muerte que las jóvenes, sin embargo, hay una evidencia considerable que manifiesta que el miedo a la muerte es menor en los ancianos que en los jóvenes. Algunos consideran que esta "falta de miedo" es más bien una evasión, ocultamiento o negación del mismo. La preocupación encubierta por la muerte puede aparecer de manera disfrazada, reflejada en otras cosas sin que se reconozca la fuente original del temor. Además, la continua evasión de los pensamientos de muerte pueden provocar una perturbación mayor cuando ésta se presente de manera inevitable. Hay personas que de hecho no pueden dominar la angustia de la muerte y pasan el resto de sus días sufriendo y mueren llenos de temor (Meyer, 1983 y Elias, 1989).

En general las personas mayores tienen múltiples razones para pensar en su muerte. Para empezar reconocen que tienen un futuro relativamente corto; en muchas ocasiones ni su futuro ni su presente resulta tan atractivo como el de personas más jóvenes; la mayoría de los viejos son conscientes de que las expectativas de vida en general están alrededor de los setenta años, sintiéndose más amenazados conforme se acercan o superan esa edad; y por último, los ancianos se han enfrentado con múltiples pérdidas a lo largo de su vida, sabiendo con certeza que se acerca la más grande de todas (Kalish, 1996). Es algo así como vivir en un campo de batalla y ver morir a los amigos, sabiendo que muy pronto llegará su turno.

Pero ¿por qué ese miedo a la muerte?. Dice Elias: "cuando la gente carece de un conocimiento seguro de la realidad, se siente también menos segura; se excitan más fácilmente y caen con más rapidez en el pánico; llenan los huecos de su conocimiento realista con un conocimiento imaginario y tratan de aplacar sus temores ante los peligros

inexplicables con medios fantásticos" (1989 pág. 94). Esto tiene mucho que ver con lo que mencionábamos anteriormente de la "idea anticipatoria" de la muerte: las personas no tienen conocimiento, no tienen la certeza de lo que la muerte trae consigo, y por ello todos esos espacios de su saber que quedan en blanco, son llenados por toda una serie de ideas que la imaginación de las personas es capaz de crear y que en gran parte de los casos suelen ser tan destructivas, desagradables y dolorosas que lo único que provocan es que se intensifique el miedo y la angustia que ya sienten.

En este punto cabe mencionar una distinción importante que hacen Mishara y Riedel sobre estos dos últimos aspectos: el miedo tiene un objeto específico del que carece la angustia (Mishara y Riedel, 1986). Como decíamos, la muerte y lo que trae consigo es algo que realmente no conocemos del todo, por lo que nuestra reacción ante ella se aproxima más a la angustia que al miedo. No obstante, todos los objetos que relacionamos con la muerte tales como féretros, panteones, cadáveres, funerales, velorios, etcétera, realmente generan una reacción de miedo en nosotros.

En un estudio realizado por Diggory y Rothman en 1969 (citado en Mishara y Riedel, 1986), se investigó los miedos que acompañan al proceso mortal, para lo que pidieron a diferentes personas que marcaran cuáles eran los aspectos que les desagradaban más de la siguiente lista:

1. No podré sentir ya nada.
2. No estoy seguro de lo que me sucederá si hay otra vida después de la muerte.
3. Tengo miedo de lo que pase a mi cuerpo después de la muerte.
4. Ya no podré cuidar de los míos.
5. Mi muerte podría causar dolor a mis familiares y amigos.
6. Es el final de todos mis proyectos.
7. Mi muerte podría ser dolorosa.

La causa del mayor disgusto fue el pensamiento de provocar dolor a los demás. La idea de ya no poder sentir nada obtuvo una puntuación media. La respuesta a "no podré cuidar de los míos" fue inversamente proporcional a la edad de los interrogados. Los ancianos se sienten menos afectados por las consecuencias de su muerte, incluyendo la

obligación de cuidar a quienes estén a su cargo, porque muchos de los parientes próximos han muerto y porque ellos mismos se encuentran, en la mayoría de los casos, a cargo de ellos. En otro estudio más adelante, Brantner (citado en Mishara y Riedel, 1986), encontró que el miedo a morir se resume en tres temores fundamentales: el miedo a morir solo, el miedo a morir en la oscuridad y el miedo a sufrir.

Hinton (1976) afirma que toda ansiedad suele asociarse a la muerte y a la agonía porque cuando una persona es víctima del temor se da cuenta de que su corazón late rápidamente o que su respiración se hace más difícil, sensaciones que con frecuencia producen pánico por creer que se encuentra próximo a morir. Se ha llegado a decir que "todo temor es en último término un temor de la muerte; se trata de una simplificación excesiva del problema, se teme a la muerte por lo que tiene de separación, soledad, castigo, destrucción, confusión; y a la inversa: cualquier situación que amenaza con la separación, soledad o cosas por el estilo puede hacer surgir por asociación el miedo a la muerte" (pág. 40).

Cuando una persona es ya muy veja o se determina que se encuentra muy próxima a morir, suele cambiar su comportamiento, su forma de pensar y reaccionar con los demás. En algunas ocasiones podrá estar totalmente al pendiente de todo lo que sucede a su alrededor, de sus necesidades y de los demás; y en algunas otras, podrá parecer que se encuentra ausente, absorta en sus ideas, sus sentimientos, sus recuerdos y su propia realidad; tal vez porque esta le parezca más significativa que la exterior y común para el mundo.

Desgraciadamente, este cambio en el comportamiento de algunos individuos trae consigo actitudes y respuestas bastante erróneas por parte del personal que los atiende e inclusive sus propios familiares. Resulta más sencillo etiquetar a estas personas con el fin de que se les recete medicamentos especiales para "tranquilizarles", cuando sería mucho más conveniente escucharlos y prestar un poco más de atención a sus expectativas particulares. Ayudar a la persona a compartir sus preocupaciones puede proporcionarle un útil desahogo.

En general podría decirse que cada quien afronta su muerte y la muerte de los demás de acuerdo a como han vivido; su historia y características personales; el contexto en el que

se encuentre; su salud y enfermedad actual y la naturaleza de su enfermedad en caso de padecerla (Mishara y Riedel, 1986).

4.5.3 Negación y rechazo de la muerte

Dice Thomas: "(la muerte) es la nada que despierta todas las angustias, la que moviliza todas las energías para rechazarla, obnubilarla, suprimirla o vencerla" (1991 pág. 22); y estas energías, estos intentos por evitarla son ya muy antiguos. No obstante la forma en que se han llevado a cabo estos intentos ha ido cambiando con el paso del tiempo.

Como lo veíamos en el primer capítulo, hasta el siglo XIX, el hombre al saber que iba a morir se preparaba para ello, se despedía de sus seres queridos y presidía, incluso por anticipado, la ceremonia de su muerte. Sin embargo, al empezar a desaparecer la muerte de la vía pública, el duelo se rechazó y apareció una prohibición en torno a la muerte, desinteresándose tanto del moribundo como del muerto y la familia en lo que ya llamábamos *muerte prohibida*. Blanck y Cerejido sugieren que esta conducta se debe al deseo de negar la existencia de la enfermedad y la muerte, a la incapacidad de tolerar la muerte del otro al verse inminente la posibilidad de la propia muerte (1997).

Esta negación o rechazo de la muerte en la actualidad implica también: morir en el hospital, donde la conducta del moribundo, el trato al enfermo por parte de la familia, el médico y el personal asistente así como el acto en sí de morir, deben realizarse sin llamar la atención, y sobre todo, sin emociones inquietantes o alarmantes que interfieran con el quehacer diario de la institución. Y ya hemos mencionado cómo se oculta la muerte a los niños, la manera en que se evita en la medida de lo posible el pensar y hasta hablar de ella.

De acuerdo con Meyer (1983) y Elias (1989), estos cambios de actitud se han hecho necesarios porque las antiguas ideas esperanzadoras que había sobre la muerte, donde había posibilidades de un "más allá" se han visto opacadas por la concepción racionalista de "muerte total". La negación y el rechazo de la muerte procede de no poder dominar ese pensamiento, de no poder resignarse a ella, así como no es posible resignarse a la enfermedad y el envejecimiento, en donde el propio cuerpo y las propias capacidades tanto físicas como intelectuales se van irreversiblemente deteriorando. De una u otra forma, la

gente se resiste por todos los medios a la idea de su propia vejez y de su propia muerte. Por ello rechaza y se aleja de todo aquello que le lleven a pensar en esto; incluyendo los aspectos que le dan miedo que ya habíamos mencionado (panteones, féretros, etcétera), a la gente muy enferma y a los propios ancianos por encontrarse más cerca del punto final.

4.5.4 Etapas del proceso de aceptación de la muerte

Cuando una persona sabe con certeza que el tiempo que le queda de vida es realmente muy poco (a lo mucho seis meses), es normal que pase por toda una serie de cambios en su forma de ser, de pensar y en su estado de ánimo, en sus sentimientos, sus emociones y actitudes ante lo que le queda de vida.

Una gran parte de los ancianos llegan a esta etapa y por lo general sucede porque padecen de alguna enfermedad mortal. Cuando llegan al punto en que la medicina actual no está preparada para atenderlos y específicamente curarlos, se les denomina *enfermos terminales*. Estos enfermos apenas existen desde hace unas décadas puesto que morían antes de llegar a la condición "terminal" (Moragas, 1991).

En 1969, la psiquiatra suiza Kübler-Ross, realizó un importante estudio en el que investigó precisamente los cambios que se dan en la persona a partir de que recibe la noticia de que muy pronto va a morir. Así, desarrolló un modelo del difícil proceso de aceptación de la muerte y lo dividió en cinco etapas: 1) negación y aislamiento, 2) ira, 3) pacto, 4) depresión y 5) aceptación.

En la primera de las etapas, la *negación* sirve como amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, le permite al individuo recobrar y con el tiempo movilizar otras defensas menos radicales. En este momento la persona no puede más que pensar: "¡no, yo no, no puede ser verdad!" (Kübler-Ross, 1969, p. 59).

Cuando ya no es posible mantenerse en la etapa de negación, estos sentimientos son sustituidos por otros más agresivos: *ira*, rabia, coraje, recelo, odio, envidia y resentimiento. Todos ellos contra la gente que está alrededor del individuo, contra el mundo, contra Dios, la Institución y él mismo; repitiéndose en su cabeza a cada instante la pregunta: "¿por qué yo?" (op. cit. p. 73).

Por lo general la siguiente etapa, la del *pacto*, dura menos tiempo que las demás. En ella, lo que se busca es una especie de reconciliación, una forma de hacer un "trato" que le permita al individuo vivir más tiempo a cambio de actitudes y acciones buenas. Algunos le

piden a Dios una oportunidad más arrepintiéndose de sus errores y otros esperan que siguiendo los tratamientos especificados por el médico, puedan vivir un poco más. Lo más común escuchar entre personas que viven esta etapa es una frase que vaya algo así como "si tú... entonces yo..." (op. cit. p. 111).

La cuarta etapa por la que atraviesan los enfermos terminales es la de *depresión*. Cuando comienzan a comprender que es inútil luchar, cuando descubren que no importa cuánto reclamen, se enojen, batallen, intenten, pidan y supliquen por un poco de más tiempo; viene un período de resignación triste que aún no llega a ser una completa aceptación.

Si el paciente vive lo suficiente y se le ha ayudado a sobrellevar de manera conveniente las etapas antes descritas, llegará un momento en el que no se deprimirá ni enojará más por su inevitable porvenir. Seguramente habrá podido expresar sus sentimientos anteriores, su envidia de los que gozan de buena salud, su rabia contra los que no tienen que enfrentar su fin tan pronto. Habrá llorado la pérdida de otras personas, cosas y lugares importantes para él. E inclusive notará la necesidad de dormir más y por mayores lapsos de tiempo. Se tratará de algo así como "un descanso al final de un largo viaje" (op. cit. p. 148). Cuando la persona *acepta* por fin su muerte inminente, sin placer, sin resignación, pero con calma, se dice que ha llegado a la última etapa de este duro proceso.

El trabajo de Kübler-Ross ha sido muy criticado por subjetivo, inaplicable a toda la población terminal, falta de rigor científico, etcétera. Se considera que aunque es posible que los moribundos pasen por todas las etapas que esta investigadora ha descrito, ello no implica que las pasen exactamente en ese orden.

Sin embargo, su trabajo tuvo y mantiene un importante impacto en los especialistas interesados en el tema, ha despertado la conciencia de muchos profesionales de la asistencia social y sanitaria y ha permitido comprender y atender mejor a las personas que pasan por tan difícil situación (Moragas, 1991; Mishara y Riedel, 1986 y Kalish, 1996).

4.5.5 Muerte digna

A pesar de las actitudes negativas frente a la muerte y el movimiento de negación de la muerte que prefiere ignorarla a enfrentarse con ella; siempre ha existido en la opinión

pública una valoración de lo que se considera una muerte *apropiada, digna*, según la naturaleza humana.

Por mucho tiempo el pueblo creyente deseaba y rezaba por conseguir una "buena muerte", la cuál implicaba: falta de sufrimiento, rapidez con tiempo para prepararse y despedirse de los suyos, auxilios y apoyo espiritual. Actualmente, lo que se considera una "buena muerte", es la llamada *muerte natural* de la que ya hablábamos en el tercer capítulo de esta tesis, y cuya característica principal es que la vida se extinga sin agresión especial o dolor para el sujeto. Los ecologistas contemporáneos la consideran, como aquella que tiene lugar en el hogar, sin ningún medio extraordinario de prolongación de vida como los que usualmente se emplean en los hospitales (Moragas, 1991).

Si se prepara adecuadamente la buena muerte, tiene mayor probabilidad de suceder bien. Los vivos suelen planificar de distintas formas la muerte, al menos para prevenir consecuencias negativas; revisando sus seguros de vida, su lugar de enterramiento, testamentos vitales, etcétera. Todos estos aspectos aseguran la transición de la vida a la muerte en una forma más racional que en su ausencia.

Sin embargo, cuando hablamos de una muerte digna o buena, se plantea la exigencia a todo el proceso de morir, tomando en cuenta la atención a la persona antes de morir, al cadáver y las personas más cercanas a ella.

Avery D. Weisman, psiquiatra destacado, ha ofrecido el concepto de muerte "apropiada" para evitar términos como "bueno" y "malo"; y con este concepto se refiere a la clase de muerte que una persona elegiría, de presentársele la oportunidad. En ella se le permite abandonar este mundo en una forma compatible con sus propios valores y estilo. Para todo esto es necesario tener bien claro que en todo momento se está tratando con una persona, no con una enfermedad, que es uno de los errores más graves de esta sociedad actual. La persona gravemente enferma merece vivir y morir como ella misma lo decida (Kastenbaum, 1980).

4.5.6 Ritos en torno a la muerte

Los *ritos* "son todas las conductas corporales más o menos estereotipadas, a veces codificadas e institucionalizadas que se basan necesariamente en un conjunto completo de

símbolos y creencias" (Thomas, 1991, pág. 115). Los ritos funerarios responden a profundas necesidades, sentimientos, emociones y pensamientos del ser humano. Sus principales objetivos son: guiar al difunto en su destino *post mortem* y tranquilizar, consolar, revitalizar, aliviar el sentimiento de culpa y en general superar la angustia de muerte de los que sobreviven.

Según Thomas (1991), las actividades y actitudes de homenaje hacia el muerto sirven para encubrir los sentimientos de temor a la muerte y la preocupación por protegerse de ella. En sociedades occidentales, se acostumbra unirse al muerto en silencio y detener los relojes, lo que en realidad deviene del sentimiento de culpabilidad por haberlo sobrevivido o tal vez por haber deseado su muerte en algún momento. El hacer sonar las campanas permite convocar al vecindario para que se solidarice con los dolidos; así como el banquete funerario reúne a parientes y a amigos en un acto de común apoyo.

Por su parte, lavar el cadáver no sólo permite satisfacer las exigencias de higiene y decoro, también equivale para la imaginación el eliminar la suciedad de la muerte. En casi todas las culturas esta práctica es una señal maternal; por lo general se lleva a cabo por manos femeninas. Se piensa que el aseo elimina el riesgo de contagio de la muerte. Además éste resulta ser el último momento, la última relación directa con el muerto, misma que es de gran utilidad para el sobreviviente al atenuar provisionalmente el sufrimiento de la pérdida y tranquilizar el miedo ante su propia muerte. De la misma manera, tanto el gasto que se lleva a cabo para subsanar los servicios funerarios, así como la atención que se muestra ante el muerto, suelen ser necesarios para sentir que se le cumple y quedar en paz con él (op. cit.).

Dos ritos importantes que se llevan a cabo por parte de los sobrevivientes en el momento en que la persona fallece son el *luto* y el *duelo*. El *luto* por su parte sirve para codificar la tristeza y su expresión, se le programa, regula y se le fija un término. En occidente consta de dos etapas: la primera de ellas, del *luto riguroso* tiene lugar inmediatamente después de la muerte, en ella, el que lleva a cabo el luto se da a conocer como tal por medio de signos distintivos relacionados principalmente con la vestimenta, además se aísla y sigue fuertes prohibiciones durante el agudo sentimiento de pérdida. En la etapa del *medio luto* disminuye la aflicción de los familiares, las prohibiciones se atenúan y las características de la vestimenta se vuelven más discretas (op.cit.).

El *duelo* se basa en el afecto y se refiere a toda vivencia penosa y dolorosa causada por todo lo que ofende a nuestro impulso vital como la pérdida de uno mismo al envejecer o la pérdida del ser amado. La vivencia del duelo varía en función de la relación que se tenía con el que acaba de fenecer. El duelo evoluciona con el tiempo. Como duelo anticipado inicia durante la agonía y tras el fallecimiento pasa por tres etapas principales.

La primera consiste en el impacto que genera el anuncio del acontecimiento; se trata de un estado de choque psicológico y físico, donde se rechaza firmemente la evidencia del suceso, generándose una fuerte cólera dirigida inicialmente contra el desaparecido y posteriormente contra los familiares y todos los que ayudan al doliente a soportar su pena.

La segunda etapa engloba toda la vivencia dolorosa: la depresión, el insomnio, la anorexia, la pérdida del interés por el mundo externo, la incapacidad de amar y la inhibición psicológica. El mundo suele perder sentido y parecer completamente vacío.

La última etapa pone fin al duelo y determina el retorno a la vida normal. Se trata de un proceso de readaptación en el que desaparece el estado depresivo y se acepta la ausencia del difunto, convirtiéndose en parte de los recuerdos del doliente, quien ya no tiene nada que le impida vivir (op.cit.)

Junto con el pasar de los años y el acelerado desarrollo en todos los ámbitos de la vida diaria, los ritos funerarios van sufriendo diversos cambios, sobre todo en las sociedades occidentales. En primera instancia se encuentra una tecnificación y profesionalización de los servicios funerarios. Ahora, con los avances de la tecnología, la tanatopraxia³⁷ es la que se encarga —en vez de las manos femeninas— de preparar debidamente al cuerpo inerte para presentarlo ante los familiares durante las ceremonias funerarias. Por razones prácticas como el ahorro de espacio y menores costos además de razones afectivas como el insoportable pensamiento de que un ser querido se está pudriendo en el panteón, es que en Occidente han aumentado las cremaciones, a pesar de ciertas resistencias religiosas (necesidad de presentar ante Dios un cuerpo íntegro), afectivas (sentimiento de culpa por la destrucción del cuerpo), económicas (disminución de las ganancias de las marmolerías) y legales (desconfianza de judiciales ante la desaparición de pruebas). Dentro de los rituales funerarios se da una *disminución* o *reducción* en

³⁷ La tanatopraxia se encuentra a cargo de personal debidamente formado que sabe aspirar líquidos e inyectarlos; restaurar —llegado el caso— el cadáver dañado y también por medio de cremas, masajes y artificios, darle el aspecto de que duerme.

diversos aspectos que responden al principio general de negar y rechazar la muerte. Entre ellos se encuentra la reducción del cadáver en un puñado de cenizas, la sencilla inscripción en letra pequeña del epitafio, consistente a veces sólo en dos fechas, un nombre o una sola palabra: "padre" "madre".

Esta "decadencia" en los ritos funerarios puede resultar perjudicial para los dolientes y la sociedad en general, puesto que el rito en sí cumple una función terapéutica necesaria para mantener el equilibrio mental de los sobrevivientes.

Como pudimos observar a lo largo de este capítulo, el anciano a traviesa por toda una serie de cambios a nivel biológico, psicológico y social que lo van llevando poco a poco al momento más crítico de su vida: enfrentar su propia muerte. Es por ello que en la medida en que se tomen precauciones y atenciones pertinentes en cada uno de los niveles, habrán mayores posibilidades de que el anciano no sólo se prepare para la muerte, sino que también viva de mejor manera el tiempo que le quede de vida.

El hombre es un ser bio-psico-social, lo que significa que en cada acción, en cada pensamiento, en cada actitud y en cada sentimiento del individuo a lo largo de toda su existencia, se ven reflejados estos tres niveles. A la hora de hacer algo como "comer un pastel de fresa", se están generando reacciones en nuestro cuerpo a nivel biológico cuando nuestras papilas gustativas perciben el sabor de las fresas, nuestro cerebro está mandando señales a nuestros músculos para que nuestra mano tome el cubierto, corte un pedazo de pastel, lo lleve a la boca, mastiquemos y traguemos; al mismo tiempo reaccionamos a nivel social en cuanto a que usamos un cubierto y no la mano para tomar el pastel porque alguna vez nos enseñaron que comer con las manos es de mala educación; y por último reaccionamos a nivel psicológico desde el momento en que *elegimos* comer ese pastel (ya sea porque nos guste, porque nos lo ofrecieron y no supimos decir que no, porque después de un día de complicaciones el pastel nos alegra, etcétera) y no otro, o simplemente no comer. Cuando pensamos algo sucede lo mismo, encontramos reacciones biológicas de nuestro organismo y nos vemos influenciados por un sistema de valores y principios que la sociedad nos ha enseñado. Si nos sentimos enfermos físicamente, nuestro estado de ánimo recae, nos sentimos tristes, solos, deprimidos y tendemos alejarnos de los demás a pesar de que en muchas ocasiones desearíamos que ellos se acercaran y nos cuidaran. Si tenemos

algún problema con alguna persona o con alguna institución, solemos sentirnos tristes o muy enojados y eso a veces nos provoca problemas de salud física. Si nos sentimos deprimidos, tendemos a bajar o subir mucho de peso, lo cual afecta nuestra salud, y también nos comportamos de manera que no sólo nos afectamos a nosotros, sino a la gente que nos rodea y los ámbitos en los que nos desarrollamos.

Con el anciano frente a la muerte sucede lo mismo. Si no la acepta tal cual es, si le asusta, si le preocupa, si le duele o entristece, es muy probable que tenga problemas en otros ámbitos de su vida. O al revés, tal vez teniendo problemas en otros ámbitos (como de salud, sufriendo una enfermedad crónica; o social, como una jubilación forzosa), puede verse afectado en su forma de enfrentar la muerte.

Es por ello que considero de suma importancia conocer las principales características de los tres niveles aunque vayamos a intervenir directamente sólo en uno. Dado el objetivo de esta tesis, en la propuesta de intervención nos enfocaremos al nivel psicológico, lo cuál no significa que el trabajo de atención al anciano termine ahí; en realidad sólo constituye una las partes de la atención multidisciplinaria que debe recibir para afrontar de la forma más positiva su última etapa de vida.

CAPITULO 5

TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA (TRE)

A lo largo de esta tesis hay tres aspectos muy importantes a destacar:

La primera de ellas es que todas las reacciones psicológicas negativas que tenemos con respecto a la muerte las hemos heredado de nuestros antepasados; y las tenemos tan arraigadas que las vamos transmitiendo de generación en generación, de tal manera que en vez de ir disminuyendo, parecen afectarnos cada vez más (Capítulos 1, 2 y 3).

La segunda de ellas es que el anciano constituye una parte de la población que se encuentra más vulnerable a dichas reacciones psicológicas negativas, dadas sus condiciones biológicas, sociales y psicológicas, por lo que requiere de una atención especial que difícilmente se encuentra disponible en la actualidad (Capítulo 4).

Y por último, encontramos que independientemente de la época, el lugar y la edad de las personas, lo que nos afecta más de la muerte, lo que nos aterroriza, lo que creemos que no podemos soportar de ella, lo que nos hace deprimirnos ante el simple hecho de imaginarla, no es la muerte en sí... si no la concepción, las ideas, los pensamientos y las creencias en general que tenemos sobre ella (Capítulo 1-4).

Es a partir de estas tres premisas que surge mi propuesta de intervención, basada en la Terapia Racional-Emotiva, cuya principal tesis dice que los problemas emocionales no son derivados de los hechos en sí, si no de lo que pensamos con respecto a ellos. Lo que implicaría lo que decíamos anteriormente: los problemas emocionales de los ancianos a la hora de enfrentar la muerte no son causados por la muerte en sí, si no por todo lo que piensan con respecto a ella.

Antes de plasmar en su totalidad la propuesta de intervención, describiremos y explicaremos la teoría y metodología de la Terapia Racional-Emotiva.

5.1 Historia e influencias de la Terapia Racional-Emotiva

Tras conseguir su Doctorado en Psicología Clínica, Albert Ellis se dedicó a estudiar la que le parecía la mejor psicoterapia en ese entonces: el Psicoanálisis. A través de su

práctica profesional se fue dando cuenta de que "las relaciones perturbadas en realidad son producto de personas perturbadas y si la gente quiere que se le ayude a vivir feliz con los demás, lo primero que tienen que aprender es cómo vivir en paz consigo mismos" (Ellis y Grieger, 1981, p. 14).

Poco a poco el Psicoanálisis le fue pareciendo insuficiente, bastante lento, y en muchos casos, con resultados poco favorables; es por ello que a partir de 1950, se dedicó a desarrollar técnicas más racionales y más claramente eficaces con sus clientes.

Conforme fue abandonando las principales prácticas psicoanalíticas, encontró que las perturbaciones emocionales de las personas tienen su raíz en las miles de ideas que ellos mismos se inventan y creen ciegamente. Descubrió que todas esas ideas se pueden agrupar en pocas categorías generales y que si las buscamos con dedicación, podemos hacérselas notar a las personas perturbadas para enseñarles posteriormente cómo abandonarlas.

Así fue como en 1955 Albert Ellis fundó la Terapia Racional-Emotiva (TRE), cuando ejercía de psicólogo clínico en Nueva York; y pronunció su primera conferencia al respecto en la reunión anual de la Asociación Psicológica Americana el 31 de Agosto de 1956 en Chicago. A partir de entonces se le empezó a conocer como uno de los pioneros en el campo de la psicoterapia cognitiva y de la cognitiva-conductual (Ellis y Grieger, 1981).

Pero, ¿cómo es que desarrolló la TRE?. Esta terapia se consolida básicamente a partir de dos tipos de influencias que Ellis tuvo, una filosófica y otra psicológica; mismas describíremos a continuación.

Una de las principales *influencias filosóficas* que Ellis recibió provino de los filósofos estoicos¹, griegos y romanos, principalmente de Epiceto² y Marco Aurelio³. Ellos pensaban que los problemas psicológicos tienen una causa filosófica. Y es a partir del

¹ El *estoicismo* fue una escuela de filosofía occidental, fundada en la antigua Grecia. Se desarrolló a partir de los *cinicos*, cuyo fundador griego Antístenes, fue discípulo de Sócrates. La base de la ética estoica es el principio de que el bien no está en los objetos externos, sino en la condición del alma en sí misma, en la sabiduría y dominio mediante los que la persona se libera de las pasiones y deseos que perturban la vida corriente (Encarta, 2001).

² Pensador griego (55 d.C - 135 d.C.) cuya filosofía del estoicismo resaltó la libertad, la moral y la humanidad. Afirmaba que los humanos son seres limitados e irracionales, pero que el universo, regido por Dios a través de la razón pura, es perfecto. Mantuvo que los seres humanos, han de ser tolerantes con los errores de los demás a causa de su propia debilidad. (op. cit.)

³ Emperador del Imperio Romano desde el año 161 al 180. Fue un estoico; creía que una conducta recta proporciona tranquilidad y que la moderación y aceptación mejoran la vida (op. cit.).

principio de los estoicos de que las personas no se alteran por las cosas en sí, si no por su visión de las cosas, que surge la TRE.

Otras influencias vienen de los escritos de Immanuel Kant⁴ sobre el poder (y limitaciones) de la cognición e idealización. El trabajo de Spinoza⁵ y Schopenhauer⁶. Los filósofos de la ciencia como Popper⁷, Reichnbach y Russell le ayudaron a ver que todos los humanos desarrollan hipótesis sobre la naturaleza del mundo. Estos filósofos subrayan la importancia de comprobar la validez de dichas hipótesis en vez de asumirlas como correctas necesariamente.

La TRE también ha recibido influencia de la filosofía cristiana, principalmente en cuanto a la idea de condenar el pecado pero perdonar al pecador. Debido a esta creencia y a su prejuicio contra cualquier forma de valoración humana, la TRE concuerda mucho con la filosofía del humanismo⁸ ético, que niega el que los hombres sean dioses o demonios. Además tiene sus raíces en la filosofía existencial de Heidegger⁹ y Tillich¹⁰, en cuanto a

⁴ Filósofo alemán (1724-1804), considerado por muchos como el pensador más influyente de la era moderna. Exploró las posibilidades de que la razón pueda regir el mundo de la experiencia. En su *Crítica de la Razón pura* de 1781, Kant sostenía que las personas no pueden comprender la naturaleza de las cosas en el Universo, pero pueden estar racionalmente seguros de que lo experimentan por sí mismos (Encarta, 2001).

⁵ Baruch Spinoza (1632-1677), filósofo y teólogo holandés, miembro de la escuela racionalista de filosofía, buscaba el conocimiento a través de la razón deductiva más que por la inducción a partir de la experiencia sensorial (op. cit.).

⁶ Arthur Schopenhauer (1788-1860), filósofo alemán, famoso por su doctrina del pesimismo. Para él, la tragedia de la vida surge de la naturaleza de la voluntad, que incita al individuo sin cesar hacia la consecución de metas sucesivas, ninguna de las cuales puede proporcionar satisfacción permanente a la actividad infinita de la fuerza de la vida o voluntad. Así, la voluntad lleva a la persona al dolor, remedio al sufrimiento y a la muerte; a un ciclo sin fin de nacimiento, muerte y renacimiento, y la actividad de la voluntad sólo puede ser llevada a un fin a través de una actitud de renuncia, en la que la razón gobierne la voluntad hasta el punto que cese de esforzarse (op. cit.).

⁷ Karl Raimund Popper (1902-1994), filósofo de la ciencia británico, de origen austriaco, famoso por su teoría del método científico y por su crítica del determinismo histórico. Propuso un método de comprobación que denominó *falsabilidad*, para determinar la validez científica, y subrayó el carácter hipotético-deductivo de la ciencia. Las teorías científicas son *hipótesis* a partir de las cuales se pueden deducir *enunciados* comprobables mediante la observación; si las observaciones experimentales revelan como falsos esos enunciados, la hipótesis es refutada. Si una hipótesis supera el esfuerzo de demostrar su falsedad, puede ser aceptada, a menos con carácter provisional (op. cit.).

⁸ El humanismo hace hincapié en la dignidad y el valor de la persona. Uno de sus principios básicos es que las personas son seres racionales que poseen en sí mismas capacidad para hallar la verdad y practicar el bien (op. cit.).

⁹ Martin Heidegger (1889-1976), filósofo alemán, consideraba que la humanidad ha entrado en crisis por tener un enfoque limitado y tecnológico del mundo e ignorar la gran cuestión de la existencia. Las personas, si desean vivir de un modo auténtico, deben ampliar sus perspectivas. En vez de dar por supuesta su existencia, deberían verse a sí mismos como parte de un *Ser* (término de Heidegger para aquello que subyace en toda existencia) (op. cit.).

que considera que los humanos están en el centro de su universo (pero no del universo) y tienen el poder (limitado) de elegir poniendo especial atención al campo de las emociones (Dryden y Ellis, 1989).

Posteriormente, en los años 60 recibió influencia también de la Semántica General¹¹, cuyos teóricos señalaban el poderoso efecto del lenguaje sobre el pensamiento y el hecho de que nuestros procesos emocionales dependen mucho de la forma en que nosotros estructuramos nuestros pensamientos por medio del lenguaje que empleamos (op. cit.).

Así mismo la TRE hace hincapié en la flexibilidad y antidogmatismo del método científico y sostiene que el absolutismo rígido es la esencia de las alteraciones humanas.

Por otro lado, entre las principales *influencias psicológicas*, encontramos en primer lugar a Horney¹² con sus conceptos sobre "la tiranía de los deberes", que influyeron en el énfasis de Ellis sobre la primacía del pensamiento evaluativo dogmático y absolutista en el desarrollo y mantenimiento de muchas de las alteraciones psicológicas.

Posteriormente los trabajos de Adler¹³, su interés en el uso de una enseñanza activo-directiva, la importancia de lo social, la apariencia humanística y holística, el empleo de un tratamiento psicológico cognitivo-persuasivo, así como el interés por los significados, valores, propósitos y metas de las personas, fueron de gran utilidad para Ellis (op. cit.).

¹⁰ Paul Johannes Tillich (1886-1965), filósofo y teólogo germano-estadounidense. Creía que la teología protestante podría incorporar la postura crítica y los conceptos científicos del pensamiento contemporáneo sin poner en peligro su fe cristiana (Encarta, 2001).

¹¹ Se interesa por el significado y por cómo influye en lo que la gente hace y dice. Sus principales representantes son el lingüista estadounidense de origen polaco Alfred Korzybski y el también lingüista y político de la misma nacionalidad S. I. Hayakawa, quienes se esforzaron en alertar a la gente de los peligros que conlleva el tratar las palabras sólo en su condición de signos. Estos autores usan en sus escritos las directrices de la *semántica general* para invalidar las generalizaciones poco rigurosas, las actitudes rígidas, la finalidad incorrecta y la imprecisión (op. cit.).

¹² Karen Horney (1885-1952), psiquiatra nacida en Hamburgo y educada en las universidades de Berlín, donde fue profesora del Instituto de Psicoanálisis. Posteriormente emigró a Estados Unidos, siendo directora asociada del Instituto de Psicoanálisis de Chicago, profesora en Nueva York de 1934-1941, convirtiéndose en decana del Instituto Estadounidense de Psicoanálisis (que había contribuido a fundar) en 1941 y, un año después, profesora del Medical College de Nueva York (op. cit.).

¹³ Alfred Adler (1870-1937), psicólogo y psiquiatra austriaco, nacido en Viena y educado en su universidad. En 1911 Adler abandonó la escuela psicoanalista ortodoxa para fundar una escuela neofreudiana de psicoanálisis. En su análisis del desarrollo individual, Adler subrayó el papel de los sentimientos de inferioridad, más que el papel de las pulsiones sexuales, como la motivación básica subyacente a la conducta humana. Para él, los sentimientos de inferioridad conscientes o inconscientes combinados con mecanismos compensatorios de defensa, eran las causas básicas de su carácter psicopatológico. La función del psicoanalista, en consecuencia, sería descubrir y racionalizar tales sentimientos para terminar con la voluntad de poder compensatoria y neurótica (y por tanto dolorosa) que engendran en el paciente (op. cit.).

La TRE siempre utilizó métodos conductuales, así como técnicas cognitivas y emotivas en la práctica de la terapia. A lo largo de su desarrollo, la TRE se ha aplicado de diversas formas: en grupo, de manera individual, como terapia marital y familiar; y ha sido practicada por distintos tipos de profesionales con una gran variedad de clientes.

Actualmente existen Institutos de Terapia Racional-Emotiva en Estados Unidos, Italia, Alemania Occidental, Holanda, Australia, Inglaterra y México¹⁴, por lo que se puede decir que la terapia cognitivo-conductual se encuentra muy bien establecida; además de que existen una gran cantidad de datos de investigación que tienden a confirmar las principales hipótesis clínicas y teóricas de la TRE. Se trata de una terapia clásica de la conducta, que se deriva de las observaciones clínicas empíricas y trata de confirmar rigurosamente sus teorías utilizando el método científico.

5.2 Teoría de la TRE

Los principales fines de cualquier psicoterapia al tratar a las personas son que al final del proceso psicoterapéutico los individuos queden con el mínimo de ansiedad o angustia, culpabilidad, depresión, enfado y con cierta tolerancia a la frustración; además de proporcionarles un método de auto-observación y autovaloración que les permita continuar a lo largo de su vida, en un estado mínimo de ansiedad u hostilidad (Ellis y Grieger, 1981). La finalidad de la Terapia Racional-Emotiva es la misma y a continuación vamos a conocer de qué manera trabaja para cumplir dichos objetivos.

Para empezar describiremos la teoría central de la TRE, misma que se deriva de las observaciones de Epiceto hace unos 2000 años y que mencionamos ya al principio de este capítulo:

"Las cosas que ocurren no son las que te perturban, sino la opinión que tienes de ellas" (Ellis y Grieger, 1981, p. 21).

Es decir, que si nos sentimos deprimidos, frustrados, o enojados por algo, en realidad ese "algo" no es la causa de nuestras emociones negativas, lo que en sí nos hace daño son toda la serie de ideas que pensamos con respecto a ese "algo". Dice Marguerite

¹⁴ El Instituto de Terapia Racional-Emotiva de México (ITREM) se ubica actualmente en la Calle Francisco Petrarca No. 258, primer piso, Esquina con Horacio en el D.F.

Yourcenar en su libro "Alexis", que es nuestra imaginación la que se esfuerza en vestir las cosas, pero que las cosas son divinamente desnudas" (2000). Todo esto significa que las personas llevan consigo el poder necesario para destruirse, para lastimarse y hacerse daño, pero al mismo tiempo tienen el poder y las capacidades para salvarse de sus propias perturbaciones emocionales.

Definitivamente las "cosas", los "algo" y todos los *acontecimientos* que creemos que nos hacen daño, influyen por sí solos en que nos sintamos mal, sin embargo, no son realmente la causa directa de nuestros sentimientos. Es uno mismo el que a través de los pensamientos aumenta enormemente el poder de control sobre las propias emociones.

A partir de nuestras tendencias innatas y adquiridas, *nosotros* en gran medida controlamos nuestros destinos y especialmente los emocionales. De acuerdo a nuestros valores básicos y creencias, podemos cambiarlos a voluntad y decidir dominarlos para no caer en sentimientos inapropiados y destructivos tales como la ansiedad, depresión, hostilidad y auto-fracaso.

Esto suena muy bien: controlar las propias emociones para sentir las agradables y convenientes y evitar las desagradables e inapropiadas, pero ¿cómo?. La TRE sugiere que modificando las ideas que tenemos con respecto a las cosas, nuestros sentimientos cambiarán también. En resumen: pensamientos negativos traen como consecuencia sentimientos y emociones negativas mientras que pensamientos positivos traen sentimientos y emociones positivas, así que trabajando sobre los pensamientos negativos no sólo mejoraremos nuestro sentir, sino muchas cosas de nuestra vida diaria que se ven influidas por él.

De acuerdo con la teoría de la TRE, los hombres suelen ser más felices cuando se establecen metas, propósitos y objetivos importantes en su vida y hacen todo lo posible por alcanzarlos. Suponiendo que las personas tiendan a ir directivamente hacia sus metas, llamáramos *racional* a lo que ayuda a la gente a alcanzar sus metas y propósitos básicos, mientras que lo *irracional* sería lo que les frena (Dryden y Ellis, 1989).

Partiendo de lo anterior, la TRE clasifica los pensamientos de las personas en dos tipos: las *creencias racionales* y las *creencias irracionales* (Ellis y Abrahms, 1980; Ellis y Grieger, 1981 y Dryden y Ellis, 1989). A grandes rasgos las primeras se referirían a los

“pensamientos negativos” y las segundas a los “positivos”. Pero la distinción va más allá de una connotación valorativa. Expliquemos los detalles.

Las *creencias racionales* son cogniciones evaluativas propias de cada persona y con un sentido de tipo preferencial. Se manifiestan por medio de expresiones como “me gustaría”, “quisiera”, “no me gustaría” y “desearía”. Se les llama racionales porque son relativas y porque no impiden el logro de objetivos y propósitos básicos. Un ejemplo de una creencia racional sería: “*quisiera* poder trabajar durante toda mi vida”; esta frase implica que sería bueno, agradable, beneficioso y grato para mí el que realmente pudiera hacerlo, pero al mismo tiempo (aunque no se diga tal cual), también significa que no voy a ser una persona miserable o que me voy a sumir en la depresión si no puedo hacerlo, me sentiré un poco mal pero al fin de cuentas me las ingeniaré para seguir adelante y para ser feliz de otra forma. Es algo que yo quisiera y me gustaría, pero si no lo logro no me quitará las ganas de vivir o me hará sentir terriblemente mal. Estas creencias son el fundamento de los comportamientos funcionales.

En cambio, las *creencias irracionales* son absolutas (o dogmáticas) por naturaleza y se expresan en términos de “tengo que”, “debo”, “debería”, “estoy obligado a”, etcétera. Además de que provocan emociones negativas que interfieren en la persecución y obtención de metas, como la depresión, ansiedad, culpabilidad y miedo; son la base de las conductas disfuncionales de aislamiento, demora, alcoholismo y abuso de sustancias tóxicas. Siguiendo con el ejemplo anterior, una creencia irracional podría ser: “*tengo que* trabajar durante toda mi vida”. En esta frase la perspectiva cambia, el simple hecho de convertir el “deseo” en “deber” “necesidad” u “obligación” implica que el incumplimiento de dicha meta, traerá desgracia, malestar, dolor y sufrimiento. Como el trabajar toda mi vida es una obligación, un deber y necesidad, sería terrible si no lo consiguiera, no podría soportarlo y me sentiría fracasado y miserable. Estas creencias suelen estar en el fondo de muchas alteraciones psicológicas.

Cuando nos acostumbramos a una filosofía de “obligaciones” tendemos a llegar a conclusiones irracionales derivadas de los “debo y tengo que”. Estas derivaciones también obstaculizan nuestros propósitos y metas básicas que nos planteamos y se pueden clasificar en tres categorías básicas.

La primera derivación se conoce como *irendismo*. Se trata de una conclusión exagerada que se manifiesta generalmente con frases como "es terrible" u "horrible". Y esto ocurre cuando al percibir un suceso lo valoramos como malo en más de un 100%. En el ejemplo del trabajo lo manejaríamos como que "sería *terrible* si no pudiera trabajar durante toda mi vida".

La segunda derivación se conoce como *no soportantitis*. La cuál significa creer que no se puede experimentar ninguna felicidad nunca y bajo ningún tipo de condiciones, cuando el acontecimiento que "debiera" suceder no pasa o por el contrario, que "no debiera pasar" ocurriera. Normalmente se expresa a través de frases como "no puedo soportar". Así en el ejemplo diría: "*no podría soportar* dejar de trabajar".

Y la tercera derivación importante es llamada *condena*. Que representa la tendencia humana a clasificarse a uno mismo o a otros como "subhumano", "inservible", "fracasado" o "miserable" si uno mismo o el otro hace algo que no "debe" o no hace algo que "debiera" hacer. Por ejemplo: "si dejara de trabajar *sería un completo fracaso*".

De acuerdo con Dryden y Ellis (1989), los seres humanos realizan muchos actos ilógicos cuando están alterados y algunas de las distorsiones más frecuentes son: 1) generalizar en un *todo* o *nada*; 2) pensar directamente en conclusiones negativas; 3) adivinar el futuro sin bases reales; 4) fijar la atención en lo negativo; 5) descalificar lo positivo; 6) hablar del *siempre* y *nunca*; 7) minimizar la importancia o valor de las cosas positivas; 8) etiquetar y sobregeneralizar cosas, personas, acontecimientos, etcétera; 9) tomar todas las cosas de manera demasiado personal y sentirse la víctima; 10) sentirse como un farsante cuando de pronto se siente mejor; y 11) ser demasiado perfeccionista. Aunque los clínicos de la TRE pueden encontrar todas las distorsiones que se han nombrado —y otras que son menos frecuentes— ellos se centran especialmente en los incondicionales "debiera", "tengo que" y "debo" que realmente parecen constituir el centro de las creencias irracionales que conducen a una persona a la alteración emocional.

Una vez que se conoce la diferencia entre creencias racionales e irracionales, resulta también más sencillo identificar y distinguir entre las emociones negativas apropiadas e inapropiadas. Ah, por que eso sí, las personas siempre van a sentir, y a lo largo de toda su vida es imposible evitar que en algún momento se sientan mal; pero hay diferentes grados de malestar y en general dos niveles: uno con el que se puede vivir sin mayor problema y

otro con el que se sufre demasiado, por lo que no es sano ni conveniente para la persona. A continuación describiremos las emociones negativas apropiadas *versus* las emociones negativas inapropiadas tal como lo hacen Dryden y Ellis (1989).

1. *Inquietud vs. Ansiedad.* La inquietud es una emoción que se asocia con la creencia: "espero que esto no suceda, y sería mala suerte el que sucediera"; mientras que la persona se siente ansiosa cuando cree: "esto no debe ocurrir y sería horrible que ocurriera".
2. *Tristeza vs. Depresión.* Una persona se siente triste cuando cree "he tenido una muy mala suerte por haber sufrido esta pérdida, pero no hay ninguna razón por la que no debiera haber pasado esto". Y se siente deprimida si cree: "no debiera haber sufrido esta pérdida y es terrible que haya sido así".
3. *Dolor vs. Culpabilidad.* Una persona puede sentir dolor cuando reconoce que ha hecho algo malo en público o privado, pero no se acepta a sí misma como un ser humano que puede cometer fallos. Se generan sentimientos de culpabilidad cuando la persona se juzga a sí misma como mala, perversa, corrupta y miserable por haber actuado mal.
4. *Desilusión vs. Vergüenza/apuro.* Una persona siente desilusión cuando se comporta "de forma estúpida" en público, reconoce su acto estúpido, pero se acepta a sí misma; en realidad la persona se siente desilusionada por su comportamiento, pero no consigo misma porque *prefiere* mas no se *obliga* a comportarse bien. Siente vergüenza cuando reconoce que se ha comportado de "forma estúpida" en público y se condena por algo que no debiera haber hecho.
5. *Disgusto vs. Ira.* Una persona se disgusta porque no le agrada lo que otro ha hecho, pero no le condena por ello. Sin embargo, la persona que siente ira, cree que el otro no debe de ninguna manera romper sus normas y le condena si lo hace.

Como podemos observar, es *racional* tener emociones negativas, siempre y cuando sean apropiadas (tristeza, dolor, desilusión y disgusto), porque a pesar de que las tengamos, no resultan un impedimento para cumplir nuestros objetivos ni metas básicas. En cambio, cuando detectamos emociones como ansiedad, depresión, culpabilidad, vergüenza o ira, significa que estamos siguiendo una serie de creencias irracionales que es mejor combatir,

puesto que si seguimos con ellas no sólo se nos dificultará más alcanzar nuestros objetivos sino que habrán otras implicaciones. Normalmente las personas que se aferran a la irracionalidad se denigran o no quieren aceptarse a sí mismos; la irracionalidad bloquea seriamente el conseguir la clase de relaciones interpersonales que les gustaría tener; impide su trabajo lucrativo y alegre en algún quehacer productivo; e interfiere en sus mejores intereses propios en otros aspectos importantes (Ellis y Grieger, 1981).

Pero, ¿de dónde viene el pensamiento irracional?. Ellis apoya la tesis de que las diferentes irracionalidades tienen raíces biológicas y brotan de la naturaleza fundamental del ser humano. Ellis entiende por *fundamento biológico* que una característica o rasgo tiene unos orígenes marcadamente innatos (así como también adquiridos); y que en parte brota de la fácil y natural predisposición del organismo a comportarse de una forma característica. Con esto no quiere decir que esta característica o rasgo tiene una base puramente instintiva, que no puede experimentar un cambio mayor, ni que este organismo perecería o al menos viviría en una miseria indecente sin ella. Sólo quiere decir que a consecuencia de su naturaleza genética o congénita, una persona desarrolla fácilmente su rasgo y encuentra dificultad en modificarlo o eliminarlo (Ellis y Grieger, 1981). A continuación presentamos la evidencia que Ellis da a favor de su hipótesis:

- En potencia todos los seres humanos muestran tener los principales pensamientos irracionales.
- Todos los pensamientos irracionales productores de trastornos se han encontrado prácticamente en todos los grupos sociales y culturales estudiados en Historia o Antropología.
- Mantenemos muchas conductas irracionales a pesar de que van en contra de las enseñanzas de nuestros padres, amigos y medios de comunicación.
- Una vez que las personas abandonan y superan las irracionalidades, adoptan otras nuevas.
- Quienes se oponen con toda su fuerza a diferentes tipos de conductas irracionales a menudo son presas de estas mismas irracionalidades.
- Caer en la cuenta de los pensamientos y conductas irracionales ayuda a cambiarlos sólo parcialmente.

- Las personas normalmente recaen en hábitos y patrones de conductas irracionales, incluso cuando han trabajado mucho para vencerlos.
- Normalmente las personas aprenden más fácilmente conductas autodestructivas que autovalorativas.
- Aún los psicoterapeutas que debieran ser un buen modelo de racionalidad para sus pacientes, a menudo actúan irracionalmente en su vida profesional y personal.
- Con frecuencia las personas se autoengañan creyendo que algunas experiencias negativas no les van a suceder.

Vemos pues que todos los seres humanos estamos propensos a tener creencias irracionales no en uno, sino en muchos momentos a lo largo de nuestra existencia. Comprobamos así la teoría central de la TRE que señalábamos en un principio (que no son los acontecimientos los que nos perturban, sino lo que opinamos de ellos) y caemos en cuenta que al fin y al cabo nosotros *somos nuestra propia causa acción y consecuencia*¹³. Es por esto mismo que resulta indispensable voltear los ojos a nosotros mismos fuera de buscar culpables externos (que aunque hay que y quienes influyen, ya decíamos que pasan a segundo término) para poder solucionar nuestras perturbaciones emocionales.

Un factor que resulta de gran importancia para lograr este objetivo es la forma en que nos percibimos a nosotros mismos, en especial la estimación que nos tenemos por nuestro propio valor o valía. Según Ellis y Grieger (1981), muchas personas perturbadas emocionalmente exigen fervientemente ser amadas o triunfar en lo que hacen para no valorarse o calificarse a sí mismas como malas, horribles o despreciables y al mismo tiempo para no sentirse deprimidas.

De acuerdo con los autores, dentro de la percepción que tenemos sobre nosotros mismos, existe una diferencia importante entre lo que conocemos como auto-estima y auto-aceptación. En la *auto-estima* las personas se valoran a sí mismas porque han actuado inteligente, correcta y competentemente; lo que significa que si en algún momento no lo hacen de dicha forma, no serán ya dignas de valorarse. En cambio, en la *auto-aceptación*, el individuo se acepta total e incondicionalmente tal y como es, sin importar si se comporta o no inteligente, correcta y competentemente, ni si los demás lo aceptan, respetan o aman.

¹³ N.B.G.R.

Por tanto, mientras que sólo las personas que actúan bien pueden merecer y sentir auto-estima, casi todos los seres humanos son capaces de sentir auto-aceptación.

De acuerdo con Ellis y Abrahms (1980), la confianza en sí mismo o auto-aceptación se logra no mediante la realización u obtención de algo, sino *por pura elección*. Una persona se acepta a sí misma simplemente porque *elige* hacerlo y no necesita alguna razón en especial para ello.

El problema está cuando el individuo se valora a sí mismo de manera *global*, ya que de esta forma, puede clasificarse como "malo", "inferior", "miserable" o "inadecuado", provocando sentimientos de angustia, culpabilidad y depresión; o por el contrario, puede clasificarse como "bueno", "superior" o "adecuado", generando una gran inseguridad de mantener su bondad, de gastar mucho tiempo y esfuerzo en probar lo mucho que vale y de no sabotear sus relaciones consigo mismo y con los demás.

Así pues, resulta bastante necesario que las personas acepten su valor como humanos y para ello los autores sugieren enseñarles a decirse a sí mismos lo siguiente: "en primer lugar estoy vivo. Esto es perfectamente evidente y observable. En segundo, elijo permanecer vivo, ¿por qué? simplemente porque elijo hacerlo. En tercero, deseo mientras esté vivo, vivir razonablemente feliz, con relativamente poco dolor y mucho placer. Porque eso parece conducir a que yo permanezca vivo y porque, sencillamente, me gusta ser dichoso más bien que desdichado. Y en cuarto, déjenme ver cómo me las puedo arreglar para reducir mi dolor y aumentar mi placer a corto y a largo plazo" (op. cit. p. 22).

5.3.1 El A-B-C de la Terapia Racional-Emotiva

Todo lo que hemos descrito sobre la teoría de la TRE se esquematiza en el modelo A-B-C de Ellis; en el que A representa los *Acontecimientos activadores*, B las *Creencias Racionales e Irracionales* y C las *Consecuencias emocionales y conductuales* (Ellis y Abrahms, 1980; Ellis y Grieger, 1981 y Dryden y Ellis, 1989).

Los *Acontecimientos activadores* (A) son las "cosas", los "algo" de los que ya hablábamos anteriormente. Suclen ser acontecimientos presentes y corrientes, o las propias conductas, pensamientos o sentimientos de una persona a estos hechos, pero se encuentran

envueltos en recuerdos o pensamientos (concientes o inconscientes) de experiencias pasadas.

Las *Creencias* (B) son pensamientos, cogniciones o ideas que pueden tomar diferentes formas ya que cada persona las crea de acuerdo a sus valores, educación, experiencia estilo de vida, etcétera. Las *creencias racionales* (rB) son responsables de las conductas de auto-ayuda y las *irracionales* (iB) conducen a comportamientos de autodestrucción.

Las *Consecuencias* (C) pueden ser cognitivas, afectivas y comportamentales. Consisten en una alteración emocional (como sentimientos severos de ansiedad, depresión, hostilidad, autodesprecio y autocompasión) y conductual (como hacer cosas auto-destructivas o perjudiciales o dejar de hacer otras que resultan benéficas).

Como ya lo veíamos en la teoría de la TRE, la mayoría de las personas piensan que C (emociones y comportamientos negativos) es la consecuencia directa de A (acontecimientos activadores), cuando el verdadero causante suele ser B (las creencias irracionales sobre A). Por ejemplo, un individuo suele creer que se siente deprimido (C) *porque* la demás gente no le hace caso (A), cuando en realidad se siente así *por* la creencia irracional que tiene de que la gente *debería* de aceptarlo, quererlo y atenderlo, y como no es así, la situación le parece terrible, difícil de soportar y por ello se siente miserable (iB).

En un caso positivo, un individuo puede tener el mismo acontecimiento activador (no tener la atención de otras personas), sin sentirse deprimido (C), simplemente porque en B, piensa más o menos así: *"no me gusta* que las personas no me presten atención cuando yo les hablo o solicito algo, *preferiría* que pusieran más de su parte cuando tenemos que llegar a un acuerdo, y si no lo hacen me parecerá bastante molesto, sin embargo no es algo tan terrible, algo que yo no pueda soportar, o que me vaya impedir cumplir mis objetivos".

Según los autores, entre los pensamientos que tiene una persona podemos encontrar diversos tipos de ideas y creencias, tales como las siguientes:

- *Observaciones no evaluativas.* Se trata de ideas que no van más allá de los datos que disponemos y que no tienen ninguna relación con nuestros objetivos. Un ejemplo sería "hace aire".

- *Inferencias no evaluativas.* Son hipótesis que se extraen de nuestras observaciones y pueden ser correctas o incorrectas. Se les llama "inferencias" porque van más allá de los datos disponibles, y no son evaluativas cuando no tienen relación con nuestros objetivos. Por ejemplo: "lloverá en la tarde". Se vuelven evaluativas cuando sí tienen relación con nuestros objetivos; como por ejemplo: "lloverá en la tarde y habrá mucho tráfico"; suponiendo que el individuo tiene que hacer un largo recorrido en auto, seguramente se verá afectado si sus inferencias llegan a ser ciertas. Normalmente las inferencias suelen ir encadenadas, por lo que resulta sumamente importante encontrar la inferencia más relevante de la cadena, que es la que incluye las evaluaciones de *obligación*. Por ejemplo, siguiendo con la idea de la lluvia en la tarde, el individuo podría continuar: "habrá mucho tráfico y será un caos terrible porque *tengo que* llegar temprano a mi cita y *por* la lluvia no podré lograrlo".
- *Evaluaciones preferenciales positivas / negativas.* Son relativas, van más allá de los datos disponibles y se refieren a lo que la persona evalúa como positivo y negativo respectivamente. A menudo son clasificadas como *racionales* desde el punto de vista de la TRE ya que ayudan y favorecen el que una persona siga con sus objetivos y propósitos básicos. Un ejemplo de una evaluación preferencial positiva sería: "*prefiero* que mi familia venga a visitarme", mientras que su versión negativa sería: "*prefiero* a mis familiares *que no* me abandonan".
- *Evaluaciones de obligación positivas / negativas.* Son absolutas y dogmáticas, van más allá de los datos disponibles y se refieren a lo que la persona evalúa como positivo y negativo respectivamente de una forma devota. Se clasifican como *irracionales* dado que inhiben e impiden que se consiga el reto de propósitos y objetivos básicos. Siguiendo con el ejemplo anterior, una evaluación de obligación positiva sería: "mis familiares *tienen* que venir a visitarme" y una evaluación de obligación negativa: "mis familiares *no deben* de abandonarme".

Una vez admitido que las personas crean sus propias ansiedades, culpabilidades, depresiones y enfados por las creencias irracionales que defienden, el objetivo de la TRE es

ayudar al cliente a que las deje, así como también los comportamientos auto-destructivos que puedan acompañarlas y a desarrollar al máximo su forma racional de pensar y de creer.

5.4 Metodología de la TRE

La TRE es una aproximación humanístico-existencial a los problemas humanos y a sus soluciones. Pone la racionalidad y la ciencia al servicio de los hombres con el fin de que vivan felices. Combina el hedonismo a largo y a corto plazo, de tal forma para que las personas puedan disfrutar del placer del presente y del futuro y al mismo tiempo puedan conseguir la máxima libertad y disciplina. Tiene una práctica directa, verbalmente activa y didáctica, además de utilizar plenamente el método Socrático de discutir y debatir las creencias irracionales del individuo para lograr que las reconozca, las examine y las abandone. (Ellis y Grieger, 1981 y Dryden y Ellis, 1989).

Los principales objetivos de la TRE son: ayudar a los individuos a perseguir metas y propósitos básicos a largo plazo, demostrándoles que esto se logra sólo cuando se aceptan total e incondicionalmente a sí mismos y tolerando condiciones de vida que resultan incómodas pero imposibles de cambiar. Y por último, procura que obtengan las habilidades necesarias para prevenir el desarrollo de una perturbación futura.

La manera en que la TRE trabaja para cumplir esos objetivos es la siguiente:

1. Entrena a las personas a detectar sus perturbaciones psicológicas y a atribuirles a sus creencias irracionales.
2. Demuestra que no son esclavos de sus procesos de pensamiento irracionales con base biológica y que pueden *elegir* trabajar para no perturbarse.
3. Trabaja activamente por medio de métodos cognitivos, emotivos y conductuales, para cambiar sus creencias perturbadoras irracionales (Dryden y Ellis, 1989).

Para empezar, la TRE enseña a las personas tres clases de *insights*¹⁶, a través de los cuales, caen en cuenta de diferentes aspectos con respecto a sus perturbaciones. En la

¹⁶ Es un término inglés muy lleno de contenido, que podría significar en castellano: idea, perspicacia, o comprensión interior.

primera de ellas o *insight 1*, se le enseña a los individuos que sus perturbaciones actuales, no existen nomás porque sí, sino que tienen ciertas causas anteriores que hay que descubrir no en los acontecimientos activadores, sino en su sistema de creencias. En la *insight 2*, se les hace ver que sus perturbaciones siguen trastornando porque todavía creen en las ideas o creencias irracionales que adquirieron anteriormente y continúan repitiéndoselas interminablemente. Y por último, en la más importante de todas: la *insight 3*, el individuo tiene ya pleno reconocimiento de que no existe otro medio para superar su perturbación emocional, más que su continuo observar, cuestionar y rebatir su propio sistema de creencias; y su trabajo y puesta en práctica para cambiar suposiciones filosóficas irracionales por medio de una activa contrapropaganda verbal y motora (Ellis y Grieger, 1981).

5.4.1 Reconocimiento de las Creencias Irracionales

Hemos venido hablando mucho de las *creencias irracionales* a lo largo de este capítulo, pero ¿cómo podemos reconocerlas? ¿cómo sabemos que estamos pensando irracionalmente?. La respuesta que dan Ellis y Grieger (1981) es muy clara: busca tus "deberías" y "tienes que". Se puede empezar con ¿cuáles son las *necesidades o imperativos internos* (los debo, tengo que, necesito) que experimento en mi mismo y que causan mi perturbación?, ¿los tengo en mi vida social?, ¿en mi vida sexual?, ¿en mi escuela?, ¿en mi carrera?, ¿en el trabajo?, ¿dónde?. Cuando la persona se acostumbra a buscar estas exigencias, después le resulta más fácil y rápido encontrarlas.

Cuando una persona no tiene ni idea de qué es lo que la perturba, es necesario empezar por analizar C, es decir, cómo se siente, cuáles son sus acciones o emociones perturbadas. Después hay que examinar A, ¿qué es lo que pasa que hace que la persona se sienta mal?. Posteriormente seguimos reflexionando de la siguiente forma, tal como lo sugieren los autores:

1. Busca porqué te sientes horrible, preguntándote a ti mismo ¿qué es lo que considero horrible referente a mi enfado, mi depresión, malestar, etcétera?.

2. Busca algo que *no puedes soportar*, preguntándote ¿qué es de A? ¿qué es lo que creo que no puedo soportar?.
3. Busca tu "*necesidad-perturbadora*", preguntándote ¿cuáles son las *necesidades o imperativos* internos que experimento en esta situación?.
4. Busca la *condena* que haces de *ti mismo y de los demás*, preguntándote ¿de qué forma *condeno o desprecio* a cualquiera por A (lo que me enfada)?.

Siguiendo lo anterior, fácilmente la persona podrá encontrar varias Creencias irracionales relacionadas que ella misma conecta directamente y por las que mantiene la perturbación. Otro método sencillo para descubrir las Creencias irracionales cuando se quiere trabajar para eliminarlas, consiste en suponer que están englobadas en una de las tres principales ideologías de "*necesidad-perturbadora*": 1) "*tengo que actuar bien y tengo que ganar la aprobación de mi forma de actuar, o de lo contrario soy considerado como un miserable*"; 2) "*tú debes actuar de forma amable, considerada y justa conmigo, o de lo contrario eres de lo peor*"; 3) "*las condiciones en que vivo deben ser buenas y fáciles, para que pueda conseguir prácticamente todo lo que quiero sin mucho esfuerzo o incomodidad, o de lo contrario, el mundo se convierte en despreciable y la vida casi no merece vivirla*". Según Ellis y Grieger (1981), prácticamente todo sentimiento perturbado parece estar estrechamente relacionado al menos con una de estas creencias irracionales y a veces con dos de tres.

Dryeden y Ellis (1989) consideran que la principal razón por la que la gente mantiene sus problemas psicológicos es por su *filosofía de baja tolerancia a la frustración*; en la que creen que *deben* estar cómodas y que las cosas *no tienen* porqué costarles trabajo. Así mismo buscan el placer a corto plazo, consideran el trabajo terapéutico cognitivo y conductual como "*demasiado doloroso*" (incluso más que la perturbación psicológica a la que se hayan ya tan habituados) y tienen mucho miedo de no sentirse bien con el cambio.

5.4.2 Discusión de las Creencias Irracionales (D)

Una vez que se ha ayudado al individuo a detectar sus creencias irracionales, es momento de empezar a trabajar para modificarlas. Para esto, la TRE se vale de un proceso

de *discusión*, que constituye la "D" que sigue en el esquema A-B-C de Ellis. Dentro de este proceso se pretende *definir, distinguir y debatir* las creencias irracionales de las personas.

El proceso empieza por *definir* las creencias irracionales a discutir. Posteriormente es necesario *distinguir* o identificar las diferencias que hay entre lo que la persona quiere, lo que necesita, sus deseos, sus demandas y sus ideas racionales e irracionales. Lo que se pretende aquí es que la persona reconozca qué aspectos de su razonamiento, de sus creencias, ideas, comportamientos, metas y demandas le son realmente convenientes para su vida y cuáles son las que sólo le están perturbando. Para después *debatirlas*, contraponerlas, cuestionarlas, enfrentarlas mediante cuestiones como: "¿esta forma de pensar es objetiva?", "¿me ayudará esta forma de pensar a salvaguardar mis intereses?", "¿me ayudará esta forma de pensar a lograr mis objetivos hoy y mañana?", "¿me ayudará esta forma de pensar a no tener problemas importantes con los demás?", "¿me ayudará esta forma de pensar a sentir emociones que quiero sentir?". Una vez contestadas estas preguntas, el individuo puede definir con qué creencias ha de quedarse puesto que le son convenientes y cuáles desechar por parecerle inadecuadas; lo que constituiría una *redefinición semántica*, en la que se detiene la supra-generalización y se mantiene al individuo más cerca de la realidad.

Toda la discusión se lleva a cabo en la TRE mediante el uso del método lógico-empírico y Socrático de cuestionar, poner en tela de juicio y debatir. Para ello se toma una de las creencias irracionales que se detectaron en el individuo y se procede a preguntar de la siguiente manera: "¿qué evidencia tiende de que ...?", "¿en qué está su falsedad o verdad?", "¿qué le hace sentir así?" (Ellis y Grieger, 1981). Si se contara con evidencia suficiente para mantener cierta creencia, entonces se deja tal y como está; pero si no se encuentra ninguna razón lógica para apoyarla, y/o por el contrario, se encuentra evidencia contra ella, entonces hay necesidad de dejarla y buscar otra mejor que vaya de acuerdo a los planes, objetivos y metas de la persona.

A continuación se presentan algunas formas de discutir las principales conclusiones irracionales derivadas de los "debo y tengo que" así como estas mismas que conforman la filosofía de obligaciones.

Para el *tremendismo*.

Cuando los individuos consideran que algo es *horroroso*, lo que en realidad están pensando es que es algo *más que malo o infinitamente malo*; y en una escala de maldad donde 5% es poco malo y 99% es excesivamente malo, lo *horroroso* lo consideran con un porcentaje que va del 101 hasta el infinito de maldad, grado que en la realidad no existe. En estos casos, la discusión habría de empezarla con un "¿porqué me resulta horroroso esto?" y guiar a la persona a través de diversas preguntas a descubrir que las cosas pueden ser bastante desventajosas y hasta excesivamente malas, pero que no es posible que sean *infinitamente* malas. En muchas ocasiones, las personas tienden a contestar la pregunta anterior con explicaciones engañosas, que dan razón de muchas cosas, de cómo les afecta el que dicho suceso sea horroroso, pero no podrán dar una razón de porqué el hecho en sí es terrible, puesto que tal grado de maldad no existe. Por ejemplo: una persona podrá decir que el perder a un ser querido es algo *horroroso* porque ya no se le podrá ver más, pero en realidad eso no prueba que el perder a un ser querido sea infinitamente malo, lo único que nos está diciendo es algo que no le gusta al individuo, que es dejar de ver la ser querido. Si llega a decir "porque me hace sentir terrible", volvemos a lo mismo, está hablando de su sentir y su sentir no prueba nada sobre el hecho horroroso, excepto lo que siente. De esta forma de lo que se trata es de forzar al individuo a que defina los términos de manera que llegue a afirmaciones que no sirvan para probar que algo es horrible y por lo tanto descubra que se trata de una creencia irracional que hay que cambiar.

Para el *no soportantitis*.

Cuando alguna persona afirma que *no puede tolerar* o que *no puede soportar* algo, lo primero que habría que preguntarle es: "¿de qué manera no lo puede soportar?. pruebe que no puede, ¿cómo no puede?". En realidad no hay nada que una persona no pueda soportar. Podrán haber muchas cosas que no le agraden, que le molesten, que le incomoden, que le entristezcan y que le duelan tener que soportar, pero eso no implica que *no pueda* hacerlo. De hecho, puede soportar cualquier cosa que haga o que exista en el universo mientras tenga vida. Incluso si le ocurriera la cosa más perjudicial, claramente puede

soportarlo hasta que muera. Porque una vez que muera por causa de ello, ya acaba su existencia y ya no quedan más preguntas que hacer sobre si puede o no soportarlo. Una persona podría decir que *no soporta* estar enferma, pero la realidad es que sí puede hacerlo, a pesar de que sufra, puede, y lo hará hasta que el día que sane o muera.

Para la *condena*.

Cuando una persona califica a otros o a sí mismo como *miserable* o *fracasado*, habría que preguntarle "¿qué es lo que te convierte en miserable? o ¿por qué crees que eres un fracasado?". La persona seguramente responderá alegando diferentes errores que ha cometido en su vida, defectos personales que le han ocasionado problemas, situaciones que no le han sido beneficiosas, y/o cosas que no han salido como quería. Todo esto sólo resulta una prueba de aspectos que no son muy buenos en su persona, pero sólo son eso: *aspectos, partes, secciones, características*; en ningún momento se trata de la persona *completa*. Como lo decíamos en la teoría, la valía de un individuo no se encuentra viendo a la persona de una forma *global*. La persona que se siente miserable por algo malo que hizo, de ninguna manera lo es, porque todos cometemos errores, porque a pesar de esa equivocación, sigue teniendo muchas virtudes, otros éxitos y mejores capacidades. De igual forma, cuando un individuo califica a otro como un ser *despreciable*, sólo está generalizando alguna característica negativa y la está llevando a todos los aspectos de su vida y por lo mismo es necesario comenzar la discusión (D) con "¿qué es lo que lo hace un ser despreciable?".

Para la *Filosofía de obligaciones*.

Al convertir las personas sus preferencias en *demandas*, sus deseos en *necesidades* y sus propósitos en *obligaciones*, afirmándose a sí mismas, *debo, es necesario que y/o tengo que*, tienden a desarrollar fuertes perturbaciones emocionales cuando no cumplen con ellas. Lo más importante entonces es debatirlas de antemano con un "¿por qué?". ¿Por qué es *necesario* que las cosas sean de cierta forma?, ¿qué evidencia existe de que cierta persona *no debiera* actuar de tal manera?, ¿qué prueba que *tenga* que hacer determinadas cosas?. En

realidad no existen razones, pruebas o evidencias suficientes ni reales para ninguna de ellas. Es por ello que lo más conveniente resulta dejar de imputarse a sí mismo y a los demás, dogmática y condenatoriamente estas obligaciones imperativas y totalitarias. Esto no sólo librerá de perturbaciones emocionales, sino que también nos permitirá llegar a conclusiones como las siguientes: "bien, no parece que consiga lo que quiero y quizás nunca lo podré conseguir, esto es muy feo, tendré que aprender a vivir sin ello por ahora y probablemente para siempre, pero esto no me quitará las fuerzas de vivir, ni me convertirá en un ser miserable, ni me deprimiré por eso".

Si se discute con firmeza y continuidad todas las creencias irracionales, poco a poco la persona dejará de darles crédito y de seguir sus exigencias e imperativos, de manera que podrá seguir su vida sin estar sometido a una necesidad perturbadora.

5.4.3 Un nuevo Efecto o Filosofía (E)

El último punto del A-B-C-D de la TRE lo constituye el desarrollo de un nuevo Efecto (E) o filosofía que permita a la persona a pensar directamente sobre sí mismo, los demás y el mundo de una forma más conveniente en el futuro, es decir, cambiando sus exigencias absolutistas irracionales por unas preferencias relativas racionales en una situación concreta.

El efecto empieza por ser *cognitivo* (Ec) y puede llegar a ser *emotivo* (Ee) y *conductual* (Ec). De esta forma, los individuos no sólo cambian su perspectiva y sus creencias sobre las cosas, sino también sus emociones, sus sentimientos y su comportamiento en diferentes ámbitos de su vida. En todo caso es necesario que se practique muchas veces el A-B-C y D-E, de forma emotiva y orientada a la acción (es decir, llevándola a la práctica), con el fin de que el E se mantenga permanentemente.

De acuerdo con Dryden y Ellis (1989) para poder efectuar un adecuado cambio filosófico es necesario que las personas: 1) se den cuenta de que ellos crean, en gran medida, sus propias perturbaciones psicológicas; 2) reconozcan por completo que ellas tienen la capacidad de cambiar significativamente estas perturbaciones; 3) comprendan que las alteraciones emocionales y conductuales provienen, la mayoría de las veces, de

creencias dogmáticas, absolutistas e irracionales; 4) detecten sus creencias irracionales y las diferencien de sus alternativas racionales; 5) refuten estas creencias irracionales usando los métodos lógico-empíricos de la ciencia; 6) trabajen para interiorizar sus nuevas creencias racionales empleando métodos de cambio cognitivos, emotivos y conductuales; y 7) continúen este proceso de enfrentarse a las creencias irracionales y de usar métodos de cambio multimodales para el resto de su vida.

En este punto cabe mencionar, que dado que es posible que las creencias irracionales se encuentran muy arraigadas a las personas, es común que sus perturbaciones constituyan algo habitual en su vida, por lo que en algunas ocasiones, a la hora de realizar este cambio tan radical en su sistema de creencias, se perciban a sí mismas como *farsantes*, como si al ya no tener esas perturbaciones ya no fueran ellas mismas. Por muy asombroso que parezca, sucede, y de hecho el miedo al cambio puede ser un gran obstáculo para alcanzar los fines terapéuticos. A este efecto se le conoce como *disonancia o desacuerdo cognitivo-emotivo* (Mautsby, citado en Ellis y Grieger, 1981), y para eliminarlo, hay que convencer al cliente que lo ignore y que continúe sus acciones y su forma de pensar racional utilizando las diferentes tareas de práctica en la vida real. Con esto, poco a poco los sentimientos desagradables se van haciendo menos intensos y los sentimientos racionales que son lógicos con los pensamientos racionales se hacen plenamente habituales.

Para la TRE, una persona psicológicamente sana, es aquella que adopta una filosofía de relativismo o del "deseo". En ella, reconoce todos sus valores, deseos, anhelos, preferencias, etcétera, sin llegar a convertirlos en dogmas o imposiciones. Una persona sana puede sentir emociones negativas apropiadas como la tristeza, desilusión, dolor o fastidio cuando las cosas no salen como lo espera, y estas mismas le sirven para superar los siguientes obstáculos y para adaptarse positivamente cuando no se cumplen sus deseos.

La TRE postula tres derivaciones principales de la *filosofía del deseo*. La primera de ellas es la alternativa racional al *tremendismo* y se le conoce como *evaluar o analizar lo negativo*, en ella, cuando las cosas no salen como la persona esperaba, reconoce que es malo pero no clasifica la situación como horrible. La segunda derivación conocida como *tolerancia*, es la alternativa racional al *no soportantitis*; donde la persona reconoce que ha sucedido (o puede suceder) un acontecimiento no deseable, cree que estaba dentro de lo posible que esto pasara, sitúa el acontecimiento en un punto del continuo del mal, procura

cambiar el acontecimiento indeseable o acepta la "cruda" realidad si no se la puede modificar y empieza a perseguir activamente otras metas. La tercera y última derivación se conoce como *aceptación* y es la alternativa racional a la "condena"; aquí la persona acepta que ella misma y los demás pueden fallar, además de aceptar las condiciones de vida tal y como son (Dryden y Ellis, 1989).

Otras características o criterios de las personas racionales o psicológicamente sanas son las siguientes: 1) colocan sus propios intereses al menos un poco por encima de los intereses de los demás; 2) mantienen un interés racional y positivo por la sociedad; 3) asumen la responsabilidad de su vida a la vez que cooperan con los demás; 4) tienen alta tolerancia a la frustración; 5) suelen ser de ideas flexibles, abiertos al cambio, pluralistas, no fanáticos a la hora de emitir sus opiniones y no dictan reglas fijas y rígidas para sí mismos ni para los demás; 6) aceptan la idea de que vivimos en un mundo de probabilidades y en continuo cambio, donde no existe la certeza absoluta; 7) se comprometen en ocupaciones creativas; 8) tienden a ser más objetivos, científicos y racionales, siendo capaces de tener pensamientos profundos y de actuar correctamente; 9) se alegran de estar vivos y se aceptan a sí mismos incondicionalmente simplemente por el hecho de vivir y tener la capacidad de divertirse y procuran no evaluarse; 10) tienden a arriesgarse e intentan hacer lo que pueden, son aventureros pero no temerarios; 11) aspiran a conseguir los placeres del presente y del futuro, pero no suelen sacrificar el mañana por el bienestar pasajero de un momento; 12) aceptan que las utopías son inalcanzables, que nunca conseguirán todo lo que quieren, ni podrán evitar todo el dolor; y 13) aceptan la gran parte de responsabilidad que tienen en sus propias alteraciones emocionales en lugar de echar la culpa a los demás o a las condiciones en que viven (op.cit.).

5.5 Principales Técnicas de Tratamiento en la TRE

Para cumplir con sus objetivos, la Terapia Racional-Emotiva se vale de diferentes técnicas cognitivas, emotivas y conductuales de otros sistemas terapéuticos que dentro de la teoría TRE se hacen consistentes. Lo principal de estas técnicas es que permitan obtener resultados a corto y largo plazo y no sólo a corto con repercusiones negativas a largo plazo

(Dryden y Ellis, 1989). Las siguientes son ejemplos de algunas de las técnicas más utilizadas en la TRE.

Técnicas cognitivas

La técnica más empleada en la TRE es la *Refutación de Creencias Irracionales*, misma que hemos estado explicando a lo largo de este capítulo. Se divide en lo que es la *detección* de las creencias irracionales, la *refutación* de dichas creencias por medio de preguntas que hace el terapeuta al paciente y la *discriminación*, donde se ayuda al individuo a distinguir entre sus valores no absolutos (preferencias, gustos, deseos) y sus valores absolutistas (necesidades, demandas, imperativos). Un ejemplo de ejercicios o *tareas* para casa que suelen dejar los terapeutas racional emotivos es el llamado DIBS (Refutar Creencias Irracionales), que consiste en contestar las siguientes preguntas:

- ¿a qué creencia irracional quiero renunciar y refutar?
- ¿puedo mantener racionalmente esta creencia?
- ¿qué evidencia hay de la verdad de esta creencia?
- ¿qué es lo peor que puede pasarme si nunca llego a _____ -que yo creo que debo conseguir?
- ¿qué cosas buenas pueden pasarme o puedo hacer que me pasen si no llego a _____ -que creo debo conseguir?.

En los Anexos I y II de esta tesis encontramos otros ejemplos de las tareas cognitivas a realizar en casa. El primero de ellos es un Cuestionario TRE de Autoayuda cuyo propósito es proporcionar al cliente un marco en el que pueda Refutar por sí mismo. El segundo también es un Cuestionario de Informe de Autoayuda en el que se incorpora la teoría básica A-B-C-D-E de la TRE y estimula a las personas a practicar la discusión día tras día y semana tras semana hasta que la misma se convierta en un proceso semiautomático de sus vidas.

Dado que el pensamiento humano se ve distorsionado parcialmente a causa de las imprecisiones del lenguaje y así mismo el empleo de un lenguaje impreciso es

consecuencia del pensamiento distorsionado, la TRE hace uso de muchos de los principios de la semántica general, con el fin de ayudar a los pacientes a adquirir precisión semántica y a cambiar radicalmente sus creencias irracionales mediante la corrección de su lenguaje a través de métodos como la *Definición* y la técnica *Referencial*. En la primera de ellas, las personas aprenden a usar el lenguaje de manera menos castigadora como la siguiente forma: en lugar de decir por ejemplo “no puedo”, es mejor decir “todavía no he...”. La técnica *referencial* sirve para contrarrestar la tendencia de fijarse sólo en los aspectos positivos en un hábito perjudicial y olvidarse de lo negativo; y lo logra animando a los clientes a que hagan una lista de las características positivas y negativas de un concepto concreto, como por ejemplo “fumar” (Dryden y Ellis, 1989).

Las *técnicas de imaginación* son también bastante empleadas en la TRE. Una de las más importantes es la *Imagen Racional-Emotiva* o IRE. Ella parte de la hipótesis de que la práctica mental puede servir para habituar la forma de pensar racional y los sentimientos que la facilitan. La IRE consiste en 1) instruir a las personas a escribir el análisis completo de los A-B-C-D de la TRE; 2) una vez hecho el análisis de las respuestas emocionales irracionales en una situación concreta, las personas deben decidir cuáles son las respuestas concretas que tendrán en esa situación después de que han aprendido a pensar racionalmente de acuerdo con su sección D y lo harán de la siguiente forma: “ahora que he aprendido a pensar de manera racional, tendré las respuestas emocionales y conductuales de...”; 3) luego se les dan las siguientes instrucciones para facilitar su relajación: a) respira y expira profundamente de manera lenta pero continua, pensando en una sola palabra: “relájate”, b) al final de la expiración, retén tu respiración durante unos diez segundos, c) continúa repitiendo el punto a) y b) de dos a tres minutos o lo que sea necesario para sentirte relajado; 4) recrear en su mente los hechos de la situación original exactamente igual que ocurren, pero con dos excepciones importantes: a) en vez de imaginarse a sí mismo sentir y comportarse irracionalmente como lo hizo o solía hacer, debe imaginarse pensando sólo en las ideas racionales de la sección D del análisis que hizo, b) al mismo tiempo que se imagina pensando racionalmente, intentará sentirse emocionalmente en correlación con sus pensamientos racionales; y 5) lo importante es continuar realizando las IRE de diez minutos a una hora (Mautsby, en Ellis y Grieger, 1981) diarias.

Los métodos de *Proyección en el tiempo*, son también utilizados dentro de las técnicas de imaginación. En ellos, el terapeuta ayuda al individuo a que visualice a intervalos regulares de tiempo, qué clase de vida tendrá en el caso de que el suceso "horrible" tenga lugar. Con estos ejercicios, las personas cambian indirectamente su creencia irracional porque se dan cuenta que la vida contigua aún después de dicho acontecimiento, que después de todo lo superarán y que seguirán persiguiendo sus objetivos originales o desarrollarán otros nuevos.

Otras técnicas de imaginación utilizadas son: 1) la *sensibilización y desensibilización de Cautela* (citado en Ellis y Abrahms, 1980), donde los pacientes que tienen miedo a la cirugía imaginan que tendrán experiencias y resultados agradables al someterse a la operación; 2) El método de *implosión o inundación imaginaria* de Stampfl & Lewis (op. cit.), que permite que sus pacientes que tienen un gran miedo a los acontecimientos médicos, imaginen una y otra vez que se encuentran sometidos a dichos procedimientos, hasta que se insensibilicen ellos mismos de tales imágenes; 3) Los métodos de *inhibición recíproca* de Wolpe (op.cit.) ayudan a que las personas imaginen que se someten a procedimientos médicos que temen en demasía, dejándolos que avancen mentalmente cada vez más en la experimentación de dichos procedimientos y haciéndoles interrumpir sus sentimientos de ansiedad mediante técnicas de relajamiento como la relajación progresiva de Jacobsen. Estos métodos permiten a las personas encarar, al menos en su imaginación a personas, acciones y sucesos a los que temen mucho, demostrándoles que tales *acontecimientos activadores* (A del A-B-C de la TRE) no son en realidad tan terribles como ellos piensan. 4) Finalmente, hay algunos terapeutas racional emotivos que han llegado a emplear la *hipnosis* con bastante éxito.

Dado que la teoría de la TRE considera que es indispensable la práctica y repetición para conseguir un cambio que se mantenga, los terapeutas suelen dejar diferentes actividades o tareas para llevar a cabo cuando no se está en terapia. Algunos métodos que se recomiendan son a) la *biblioterapia*, a través de libros y material para leer de autoayuda; b) escuchar grabaciones sobre diferentes temas de la TRE y c) tratar de ayudar a familiares y amigos con sus problemas por medio de la TRE.

Técnicas emotivas

En la TRE se utilizan una gran variedad de técnicas emotivas para ayudar a las personas a hacer frente a sus Creencias Irracionales. Para empezar, los terapeutas adoptan y manifiestan una actitud emocional de *aceptación incondicional* hacia sus pacientes durante todo el proceso terapéutico.

Los autores de la TRE consideran que uno de los mayores problemas de las personas es que lo toman todo demasiado en serio, tendiendo a exagerar la importancia de las cosas. Es por ello que los terapeutas racional-emotivos se valen de diferentes métodos *humorísticos* a la hora de animarlos a pensar racionalmente. Utilizan toda clase de chistes graciosos ya inventados, tales como llevar las cosas al extremo, reducir las ideas al absurdo, hacer comparaciones paradójicas o juegos de palabras, ingeniosidades, ironía, extravagancias, lenguaje evocativo, caló o lenguaje coloquial, uso deliberado de obscenidades atrevidas en la conversación y muchas otras clases de bromas chistosas (Ellis y Grieger, 1981). El humor no sólo ayuda a reconocer las creencias irracionales de las personas, sino también a aceptarse a sí mismos incondicionalmente, a pesar de sus errores, defectos o problemas, además de ayudarlos a aceptar plenamente o al menos a soportar de buen grado muchos aspectos de la realidad que no les gusta (Ellis y Abrahms, 1980).

Por otro lado, los terapeutas aplican una filosofía racional a través del *autodescubrimiento*. Ellos admiten honestamente que también han tenido problemas similares a lo largo de su vida y que los han podido superar gracias a la TRE. Así mismo, hacen uso de *historias, leyendas, parábolas, y poemas* junto con las técnicas de Refutación cognitiva. De hecho han escrito algunas canciones humorísticas racionales para representar la filosofía racional de una manera amena y memorable.

En la TRE se hace uso también de la *fuerza* y la *energía* durante la Refutación de las creencias irracionales y también en la *inversión del rol racional*, en donde se fuerzan y adoptan de forma dramática el rol de su "sí mismo" racional, cuyo objetivo es Refutar adecuadamente las creencias autocastigadoras articuladas por su "sí mismo" irracional. Otros métodos son los *ejercicios de ataque a la vergüenza*, donde los clientes se comportan en público de forma deliberadamente "vergonzosa", con el fin de aceptarse a sí mismos y tolerar la incomodidad que les provoca; los *ejercicios de riesgo*, en los que se fuerza a las

personas a asumir riesgos calculados en áreas en las que quisieran hacer cambios; y la *repetición de frases racionales fuerte y apasionadamente* (Dryden y Ellis, 1989).

Técnicas conductuales

La TRE ha defendido el uso de técnicas conductuales desde su creación en 1955 porque ya es sabido que el cambio conductual facilita a menudo el cambio cognitivo. Algunos de los métodos más utilizados son los siguientes: a) *actividades de "quedarse allí"*, esta técnica da la oportunidad de tolerar el descontento crónico por medio del recuerdo de situaciones incómodas durante un largo período de tiempo; 2) *ejercicios de antiprocrastración*, donde se anima a los individuos a realizar tareas "antes", en vez que "después", con el fin de romper la mala costumbre de dejar todo para "mañana"; 3) la *terapia de rol fijo de Kelly*, que consiste en que la persona actúe "como si" ya pensara racionalmente, lo que le permite experimentar que el cambio realmente es posible (Dryden y Ellis, 1989).

Uno de los métodos conductuales más utilizados por la TRE es el de *recompensas y castigos*, basado en el condicionamiento operante de Skinner. A través de esta técnica se anima a las personas a hacer cosas molestas con el fin de perseguir sus objetivos a largo plazo. Sirve para realizar actividades difíciles (como la autodisciplina) y corregir malos hábitos cognitivos, emocionales y conductuales. Básicamente lo que hace este método es establecer tareas al individuo que permitan modificar sus creencias irracionales y darle un *refuerzo o recompensa* cada vez que cumpla con dichas actividades. Por ejemplo, a una persona que trabaja sobre su idea irracional de que "considera un hecho horrible el quedarse solo", podría sugerírsele trabajar las IRE unas tres veces al día para convencerse a sí mismo que el estar solo no puede ser tan malo, y que sólo cuando termine de realizar correctamente la tercera de ellas podrá "recompensarse" a sí mismo con algo que disfrute mucho, como por ejemplo, ver alguna película en televisión. David Premack (en Ellis y Abrahms, 1980) encontró que los refuerzos eficaces para el control de contingencia no necesitan ser lo que se denomina *refuerzos primarios* como comida, agua o sexo, sino que éstos pueden ser también *secundarios*, como cualquier conducta que el individuo considere que es fácil y satisfactoria.

Cuando se trata de pacientes o hábitos más difíciles de corregir, se puede sugerir en vez de una recompensa, un castigo para el individuo cuando no lleve a cabo sus tareas asignadas. Un castigo puede ser el "hacer cosas desagradables" o por el contrario, "dejar de hacer cosas agradables", por ejemplo: hacer la limpieza, o dejar de ver la televisión hasta que se cumplan las actividades recomendadas. El terapeuta racional-emotivo puede enseñar a muchos de sus pacientes cómo establecer programas de autoayuda para inducirlos a realizar casi cualquier actividad difícil o disciplina que normalmente tiendan a evitar.

Las diferentes *técnicas de relajación* han sido empleadas también en numerosas ocasiones por los terapeutas racional-emotivos. Estas técnicas permiten disminuir en gran medida los niveles de ansiedad de las personas cuando se van a someter a situaciones que les dan miedo o se sienten inseguros. Algunos métodos de relajación son el de Jacobsen, el de Luthe, el yoga, la respiración, ver la televisión, mirar tiendas, etcétera. Todos estos ejercicios por lo general son paliativos, por lo que es muy fácil que después de un tiempo las personas vuelvan a sus mismas angustias; sin embargo son bastante útiles cuando los pacientes se ven confrontados por situaciones temporales, como una estancia relativamente breve en el hospital.

El *entrenamiento en destrezas* específicas y haciendo que el individuo las practique en situaciones de su vida real, también le ayudan a discutir y abandonar sus creencias irracionales. Las personas que se entrenan en aserción, socialización, técnica sexual, o esclarecimiento de valores, por ejemplo, con frecuencia cambian su pensamiento, su emoción y otros comportamientos además de volverse bastante menos perturbados (op. cit.).

La teoría de la TRE enfatiza la ayuda a las personas para cambiar sus sistemas de creencias más que cambiar sus acontecimientos activadores o eventos ambientales de sus vidas. Sin embargo, considera que en ocasiones es necesario realizar ciertas modificaciones en diferentes clases de estímulos, con el fin de que se reduzcan las posibilidades de que se vuelvan a presentar las conductas disfuncionales. A estas manipulaciones se les conoce como *control de estímulos*. De acuerdo con los autores, si se ayuda a los pacientes a seguir trabajando en sus cogniciones mientras utilizan métodos conductuales, podrán mejorar sus condiciones cognitivas, emocionales y conductuales, por un mayor período de tiempo.

Técnicas que se evitan en la TRE

A pesar de que la TRE se vale de diferentes tipos de técnicas para trabajar con las personas, hay algunas que evita utilizar, como las siguientes: 1) terapeutas excesivamente cordiales (puesto que hacen que la gente sea más dependiente); 2) técnicas que hacen que la gente sea crédula y sugestionable; 3) métodos psicoanalíticos que dan demasiados rodeos y resultan ineficaces; 4) que hacen sentir mejor a corto plazo más que a largo plazo (como la expresión total de un sentimiento de forma dramática y catártica; 5) que distraen a los individuos a trabajar en sus filosofías irracionales; 6) métodos que inconscientemente refuerzan la filosofía de baja tolerancia a la frustración (como la desensibilización gradual); 7) que incluyen una filosofía anticientífica (como curación por la fe y misticismo); 8) que intentan cambiar los acontecimientos activadores antes que las creencias irracionales, o sin enseñar a las personas cómo hacerlo; y 9) que tienen dudosa validez. Cabe aclarar que cualquiera de ellas puede llegar a utilizarse por cuestiones prácticas en ciertas ocasiones y con ciertos individuos, sin embargo, de llegar a utilizarse siempre convendrá más el acompañarlas de una conveniente Refutación de creencias irracionales (Dryden y Ellis, 1989).

5.6 Práctica individual de la TRE

La Terapia Racional-Emotiva, puede llevarse a la práctica de diferentes formas: de manera individual, en grupo, como terapia familiar o terapia de pareja. Sin embargo, nos enfocaremos en el proceso terapéutico de la práctica individual, tanto por fines prácticos de esta tesis como por las grandes ventajas que dicha modalidad tiene.

La terapia individual es totalmente confidencial y permite una relación más cercana entre terapeuta y cliente, además de dar la oportunidad de ser un poco más flexibles y variar el estilo terapéutico de acuerdo a las necesidades del paciente, sin riesgo de perjudicar a otros como podría suceder en otras modalidades terapéuticas. Se trabaja terapia individual principalmente con individuos cuyos problemas son consigo mismos más que con los demás; que se encuentran muy confusos y que podrían distraerse con la complejidad de interacciones que se llevan a cabo en otras modalidades; que desean distanciarse de los

otros; que monopolizan un grupo terapéutico, o se cierran demasiado ante los demás miembros. Sin embargo, suele ser conveniente evitar este tipo de intervención si se trata de personas que son demasiado dependientes del terapeuta, o que temen llegar a tal grado de intimidad, o que se encuentran demasiado cómodos en esta modalidad, o simplemente cuando otras modalidades son más terapéuticas (Dryden y Ellis, 1989).

A continuación describiremos brevemente las tres fases del proceso en que suele llevarse una terapia racional-emotiva de manera individual.

1. FASE INICIAL

Inducción

Lo primero que el terapeuta debe de hacer es *inducir* al paciente a la TRE. Es decir, explicarle su naturaleza y en qué consiste la participación del terapeuta y del cliente. Debe quedarle claro al paciente que se trata de una terapia activa-directiva y orientada a la discusión de sus problemas presentes y futuros, en la que su participación activa resulta sumamente necesaria durante el proceso de cambio. El terapeuta debe comprobar que el paciente ha comprendido y aclarar cualquier duda que pueda surgir (op.cit.).

Valoración

Una vez que el paciente tiene clara la forma de proceder de la TRE, es importante realizar una *valoración* de la clase y grado de su perturbación emocional. Esto ayuda al terapeuta a determinar las técnicas y el proceso terapéutico más convenientes a utilizar para ayudar al paciente. La valoración también sirve para identificar tanto sus déficit como sus habilidades, para así conocer qué beneficios obtendrá de la TRE y cuánto durará aproximadamente la terapia.

Los terapeutas son libres de usar todos los procedimientos de valoración que existen (entrevistas, cuestionarios, tests, etcétera), sin embargo gran parte de los terapeutas racional-emotivos prefieren utilizar un cuestionario que proporciona información básica sobre la biografía y los problemas actuales del cliente. En el Anexo III, podemos observar

como ejemplo, el cuestionario de información biográfica empleado rutinariamente por los terapeutas del Instituto TRE de Nueva York. También suelen pedir a sus clientes que llenen el cuestionario de datos de personalidad que presente en el Anexo IV de esta tesis, y que da información sobre las Creencias Irracionales que están a la base de las perturbaciones.

Por otro lado, hay quienes prefieren realizar la valoración a través de tener varias sesiones TRE con el paciente, puesto que creen que de esta manera pueden empezar a trabajar en los problemas de inmediato, centrándose más en lo que los pacientes preferirían hacer para cambiar, que en darles una "explicación" diagnóstica inteligente sobre lo que les hace sufrir (op. cit.).

De cualquier forma que se haga la valoración, los terapeutas de la TRE estructuran el proceso terapéutico enfocándolo desde un principio a los problemas del individuo. Tal como lo indica la pregunta 23 del anexo III, en la valoración se realizan preguntas como: "¿qué es lo que más le preocupa?", o "¿cuál es su mayor problema ahora?", con el fin de guiarlos a solucionar sus problemas.

En este punto debe quedarle claro al paciente: 1) cuáles son los problemas sobre los que va a trabajar y en qué orden; 2) que en la TRE hay que solucionar los problemas emocionales y conductuales antes que los ambientales o profesionales; 3) que el medio para ordenar y conseguir el insight de sus problemas es a través de preguntas y de la estructuración de frases; y 4) qué efectos tienen sus síntomas sobre su propio funcionamiento y sus relaciones con el mundo y los demás (op. cit.).

Evaluación

Durante el proceso de evaluación el terapeuta se encarga de ayudarle al paciente a entender sus problemas en términos del A-B-C, explicándole las conexiones que hay entre un punto y otro, en especial de la variables B. Aquí es de extrema importancia que el terapeuta preste atención a la posible existencia de "problemas sobre los problemas", como "angustiarlo por sentirse angustiado" o "preocuparse por estar preocupado", ya que estas perturbaciones de segundo orden deben ser atacadas *antes* que las primarias.

Los procedimientos de evaluación de la TRE normalmente incluyen ayudar al paciente a: 1) reconocer y distinguir entre los sentimientos inapropiados (ansiedad,

depresión, miedo y odio a sí mismo), de los sentimientos negativos apropiados (desilusión, tristeza, frustración y displacer); 2) reconocer y diferenciar sus conductas auto-castigadoras (compulsiones, adicciones, fobias y procrastinación) de las que son idiosincrásicas e inofensivas (devoción inusual a la socialización, sexo, estudio o trabajo); 3) reconocer los acontecimientos activadores específicos de sus emociones y conductas perturbadas; 4) reconocer las Creencias Racionales que acompañan a los acontecimientos activadores y que llevan a unas Consecuencias no perturbadoras; 5) reconocer las Creencias Irracionales que acompañan a los acontecimientos activadores y que llevan a Consecuencias perturbadoras; 6) determinar las creencias irracionales que incluyen los absolutistas "debo", "necesito" y "tengo que" y las grandes exigencias a uno mismo, a otros y al universo; 7) identificar las creencias irracionales derivadas de las absolutistas, como los "tremendismos", "no-soportantitis" y "condenas"; y por último, 8) identificar las Creencias Irracionales que les llevan a la perturbación por estar perturbados.

Cuando el terapeuta solicita al paciente que explique su problema y el individuo empieza describiendo A (el acontecimiento activador), el terapeuta le pregunta por C (sus reacciones emocionales y/o conductuales); y si el paciente empieza por describir C, le pregunta entonces por A. Por lo general se empieza por evaluar A y C para después trabajar con B.

A la hora de evaluar C, es importante tomar en cuenta que no siempre los pacientes utilizan los mismos términos que los terapeutas para nombrar sus comportamientos, emociones y sentimientos, por lo que resulta necesario informarles la distinción entre emociones negativas *apropiadas* e *inapropiadas*, con el fin de que ambos manejen un "lenguaje emocional" común. Por otro lado cabe resaltar, que las C emocionales a menudo van "encadenadas", tal como el miedo suele ir unido a la ansiedad, o el odio a sí mismo a una depresión muy fuerte, haciendo necesario analizar con cuidado todos los componentes de la "cadena". Y por último, hay que reconocer que los clientes no siempre quieren cambiar todas sus emociones negativas "inapropiadas", en algunas ocasiones pueden no ver una emoción *inapropiada* en particular como realmente *inapropiada* o *auto-castigadora*, por lo que se requiere de mucha flexibilidad por parte del terapeuta a la hora de evaluar las C emocionales y prepararlas para el cambio.

Mientras se está llevando a cabo la evaluación de la TRE y los procesos diagnósticos, el terapeuta en estrecha relación con el paciente va perfilando los planes específicos de tratamiento.

Intervención terapéutica

Una vez que se ha estructurado el problema de acuerdo al esquema A-B-C y el paciente entiende y acepta esta formulación, se pasa a la fase de *Refutación*, en la que se pueden utilizar algunas de las técnicas cognitivas, emotivas y/o conductuales como las que se mencionaron anteriormente.

Lo más importante de esta fase es ayudar al paciente a entender lo ilógico de la evaluación perturbadora irracional y lo lógico de la alternativa racional. Es necesario que comprenda que no existe evidencia alguna que sirva para mantener sus exigencias absolutistas o los derivados irracionales de esas demandas; que lo único que es seguro es que si las conserva y no se satisfacen, los resultados serán "malos" y será infeliz, mientras que sólo si se consiguen llegarán a un "buen" resultado y se convertirá en una persona deseable.

A partir de este momento es recomendable empezar a dejar algunas tareas para que el paciente se lleve a su casa con el fin de fortalecer la creencia racional y debilitar la irracional. Entre las tareas se pueden encontrar algunas de tipo cognitivas, emotivas y/o conductuales, pero de las más importantes son las que implican leer o conocer más sobre la TRE¹⁷.

2. FASE MEDIA

Conforme va avanzando la terapia, el terapeuta presta especial atención a las tareas que deja hacer en casa; le pide al paciente que explique lo que ha hecho, cómo le ha

¹⁷ Algunos de los libros que se han hecho especiales para ello son *A new guide to rational living* de Ellis & Harper (1975, citado en Dryden y Ellis, 1989), *A rational counseling primer*, de Young (1974, citado en Dryden y Ellis, 1989) y *A guide to personal happiness* de Ellis & Becker (1982, citado en Dryden y Ellis, 1989).

funcionado, qué resultados ha obtenido, etcétera, todo con el fin de establecer cada vez mejores actividades para conseguir los objetivos deseados.

Paralelo a este proceso, el terapeuta se ocupa en identificar los obstáculos que puedan ir surgiendo en el avance del cliente para ayudarlo a superarlos. Debe procurar que el paciente interiorice el siguiente proceso: 1° que identifique sus emociones y conductas problemáticas, 2° que las enlace con los acontecimientos activadores, 3° que identifique sus principales Creencias irracionales, y 4° que refute esas creencias y ponga en práctica la alternativa racional por medio de la ejecución de tareas.

Es importante que el terapeuta oriente al paciente de tal manera que trabaje en un solo problema antes de pasar a otro diferente. Cuando un cliente ha avanzado significativamente en un problema, entonces el terapeuta elige otro nuevo y vuelve a ser más directivo en el proceso de ayudar a identificar, enfrentarse y cambiar las creencias irracionales que están a la base del nuevo problema.

Así mismo, se anima a los pacientes a que preparen sus propios ejercicios y tareas de casa; por lo que poco a poco, el grado de dirección del terapeuta va disminuyendo conforme sus pacientes van aprendiendo y practicando la auto-terapia.

3. FASE FINAL

El principal objetivo de la fase final es preparar a los pacientes para que en un futuro se conviertan en sus propios terapeutas. De hecho, la terapia no se termina cuando los clientes han solucionado sus problemas, sino cuando se sienten preparados para solucionar ellos mismos los problemas que aún les falta por resolver y tienen confianza en su habilidad para solventar cualquier dificultad futura.

El terapeuta puede optar por terminar la terapia disminuyendo poco a poco la frecuencia de las sesiones o poniendo una fecha concreta para su final.

Como podemos observar, la TRE intenta conseguir que los pacientes admitan que se están auto-culpando o enfadando y luego, tan rápidamente como les sea posible, que *actúen contra, cambien y erradiquen* sus sentimientos de ansiedad y hostilidad. Si en el proceso llegan a expresar las actitudes negativas previamente suprimidas o reprimidas hacia sí mismos y los demás, está bien; el terapeuta racional-emotivo utiliza el material que ellos

proporcionan y trabaja con él, pero siempre haciendo énfasis en lo que ellos *opinan* de los *acontecimientos activadores*.

La TRE reconoce que las personas pueden cambiar a lo largo del tiempo, por lo que los terapeutas requieren mostrarse sensibles y flexibles al cambio en las aspiraciones de los pacientes, para poder discutir los cambios en sus objetivos. Debemos recordar que los objetivos iniciales de los clientes están influenciados por sus perturbaciones, por lo que es bueno que los terapeutas animen a los pacientes a posponer un poco la definición de sus metas, al menos hasta que hayan superado parte de sus perturbaciones emocionales y/o conductuales.

Para medir el cambio de la personalidad, la TRE adopta un método práctico: el de que la meta de la terapia es ayudar a las personas a *estar* mejor y no sólo a *sentirse* mejor (Ellis y Abrahms, 1980); lo que significa que los pacientes además de tener una mejoría significativa en sus síntomas, viéndose a ellas mismas llevando vidas más felices, deben experimentar cambios filosóficos profundos en sus actitudes hacia sí mismas, hacia los demás y hacia el mundo que les rodea, de manera que si surgieran algunas otras condiciones perjudiciales, sería poco probable que les trastornaran gravemente.

Cabe mencionar que a lo largo de la práctica de la TRE, es muy posible que se presenten ciertos obstáculos que dificulten el fluir de la terapia. Suelen presentarse en la relación paciente-terapeuta, en el paciente o en el terapeuta directamente.

Los obstáculos de relación se dan principalmente por una falta de entendimiento entre terapeuta y paciente. Pueden darse por muchísimas razones, que van desde la edad de ambos, su apariencia física, su forma de actuar, de hablar, etcétera. Por lo general se recomienda que si persisten estos obstáculos, se remita al paciente a otro terapeuta que vaya más acorde a su forma de ser, sin llegar al grado de que alguno de ellos o ambos se sientan "demasiado a gusto" en la terapia.

Los obstáculos del terapeuta suelen ser de dos tipos. El primero de ellos y más común es la falta de experiencia y habilidades necesarias para guiar correctamente al paciente de acuerdo a la teoría y práctica de la TRE. Es por ello, que resulta indispensable que los terapeutas racional-emotivos se esfuercen por mejorar sus habilidades continuamente, asistiendo a actividades de entrenamiento, capacitación y supervisión. Por otro lado, los terapeutas también pueden obstaculizar los progresos del paciente llevando

sus propias perturbaciones al proceso terapéutico, con ideas irracionales como: "*tengo que tener éxito con todos mis pacientes prácticamente todo el tiempo*", "*debo ser un terapeuta sobresaliente, mucho mejor que otros que conozco*", "*tengo que ser muy respetado y querido por todos mis clientes y colegas*", "*mis clientes debieran ser responsables y trabajar tanto como yo, debieran escucharme con atención y lanzarse al cambio*", "*debo divertirme durante las sesiones de terapia y usar estas sesiones para resolver mis problemas personales, así como para ayudar a mis clientes en sus necesidades*". En estos casos, se recomienda a los terapeutas que apliquen los principios y métodos de la TRE para investigar y Refutar sus propias creencias irracionales para poder pasar a las del cliente.

Y por último, los clientes que suelen fracasar en la TRE son aquellos cuyo trabajo en la terapia es bastante pobre, que tienen perturbaciones extremas, falta de organización y un total rechazo a realizar tareas cognitivas; clientes que rehúsan aceptar la responsabilidad de sus acciones y que resultan ser bastante dependientes, severamente deprimidos e inactivos, con exageradas ideas de grandeza, mucha obstinación y rebeldía; pacientes con una tolerancia a la frustración excesivamente baja, serias adicciones conductuales, problemas de psicosis y de falta de interés por llevar una terapia. En dichas situaciones, se recomienda a los terapeutas que sean muy estimulantes en sus interacciones terapéuticas con dichos clientes, demostrándoles que pueden hacer las cosas de mejor forma si se lo proponen y lo intentan. Lo más importante es demostrarles que si se les acepta incondicionalmente, ellos pueden aceptarse a sí mismos de la misma manera. También es conveniente enseñarles que su rechazo a trabajar los problemas les traerá malas consecuencias y sufrimiento innecesario en el futuro.

5.7 Características y estilo del terapeuta racional-emotivo

Dadas las características de la Terapia racional-emotiva, es recomendable que los terapeutas que la practiquen se sientan –para empezar– atraídos filosófica, cognitiva o intelectualmente por su teoría. Deben sentirse cómodos operando de manera activa-directiva sin perder la flexibilidad, para poder crear las condiciones óptimas que faciliten el cambio en el cliente. No deben tener miedo al fracaso, deben aceptarse a sí mismos y a sus clientes como seres humanos que pueden fallar, siendo tolerantes con sus propios errores y

los de los demás. Deben mostrar un comportamiento científico, empírico, antiabsolutista y antidevoto en la selección y logro de sus propias metas, sin llegar a ser místicos, anti-intelectuales o mágicos en sus creencias (Dryden y Ellis, 1989).

Los terapeutas racional-emotivos tienden a adoptar los siguientes estilos terapéuticos: 1) asumir una postura activa-directiva; 2) asignar tareas o actividades personales y concretas a sus pacientes; 3) persuadir muy activamente e incluso ordenar al paciente a que asuma sus tareas como parte necesaria de su proceso terapéutico; 4) ser muy activos verbalmente, especialmente durante las primeras sesiones de terapia, dando más importancia a que los pacientes hablen mucho en vez de escuchar pasivamente; 5) enfrentar directamente (incluso desde la primera sesión), a los pacientes, con pruebas evidentes de su forma irracional de pensar y comportarse; 6) persuadir y discutir con firmeza a los pacientes para que abandonen sus creencias irracionales e ilógicas; 7) agregar a las técnicas normales psicoterapéuticas de exploración, discusión, búsqueda e interpretación, las de confrontación, indoctrinación y reeducación; 8) ser muy didáctico, explicar constantemente los mecanismos generales de la perturbación emocional, cómo surgen, cómo se inculcan y arrigan y qué hacer para combatirlos; 9) asignar material de lectura y discutir cualquier pregunta que haga el paciente sobre el material que lee; y 10) hablar directamente a la cara y responder cualquier pregunta personal que se le haga directamente (Ellis y Grieger, 1981).

Es probable que algunos de los pacientes se molesten o reaccionen de forma negativa a manera tan directa de llevar la terapia, sin embargo, cuando esto sucede, los terapeutas racionales *no responden* a dichos sentimientos con enfado, puesto que ellos son un modelo más racional que el que los pacientes encuentran normalmente en el resto de sus vidas.

El terapeuta racional-emotivo enseña a las personas que es posible que se acepten a sí mismos como seres valiosos y felices en la vida por la simple razón de que existen y de que viven. Ataca con firmeza la idea de que la valía de las personas depende de los criterios socialmente establecidos como el éxito, los logros adquiridos, la popularidad, el servicio a los demás, la devoción para con Dios, etcétera. Por el contrario, demuestra que harían mejor en aceptarse a sí mismos sin dar importancia a que sean competentes o alcancen muchos éxitos y sin esperar a que otros los valoren mucho o nada.

5.8 Interpretación de la TRE

En la práctica de la Terapia Racional-Emotiva, el terapeuta presta especial atención a la interpretación que realiza tanto de las verbalizaciones como la conducta del individuo, con el fin de entender de la mejor forma lo que el paciente está pensando y para distinguir entre los aspectos que le están ayudando a alcanzar sus objetivos y aquellos que sólo le están perjudicando. Las interpretaciones que se hacen en la TRE son en algunos aspectos muy similares a los enfoques de otras escuelas, sin embargo, hay otros en las que son completamente diferentes. A continuación describiremos brevemente la forma en que la TRE realiza sus interpretaciones (Ellis y Grieger, 1981 y Ellis y Abrahms, 1980).

1. Para empezar, el terapeuta racional-emotivo considera que no es importante el pasado del individuo, por lo que poco pregunta sobre él. Considera que sus problemas actuales no se derivan de lo que le haya sucedido con anterioridad, sino de sus *creencias irracionales* con respecto a esos sucesos que ocurrieron. Es por ello que se limitará a interpretar las historias y respuestas del paciente a su propia historia, más que a la historia misma.
2. La TRE considera que no existe una entidad como el *inconsciente* o *id*. Por el contrario, afirma que muchos de los pensamientos, sentimientos y actos que se hallan en el trastorno de la conducta trastornada del individuo y de los cuáles no está plenamente consciente, pueden ser conocidos de manera relativamente fácil si el terapeuta continúa insistiéndole enérgica, persuasiva y firmemente que se enfrente a ellas. De esta forma, en la TRE se realiza una mayor labor de interpretación de los elementos inconscientes del cliente que en muchos otros tipos de terapia; pero lo hace de manera rápida y directa, sin ningún misticismo.
3. A diferencia de otros enfoques, la terapia racional-emotiva da poca importancia a los fenómenos de transferencia y contratransferencia entre paciente y terapeuta. Considera que son aún mucho más importantes las relaciones que el individuo lleva con las personas externas a la terapia que con el terapeuta mismo, y que lo que le gusta o disgusta de éste último, poco tiene que ver con sus problemas básicos (aunque en

ocasiones pueda servir de ilustración de sus dificultades). Es por esto que en la TRE sólo se usan selectivamente aquellos aspectos de dichos sentimientos que parecen realmente importantes y que puedan servir para enseñarle al paciente la mejor forma de relacionarse con los demás, ya sean conocidos o extraños. Lo que se suele rescatar e interpretar de dicho fenómeno es la filosofía que utiliza el paciente para crear sus reacciones de transferencia, es decir, su creencia irracional de que *necesita* la aceptación del terapeuta y que no puede aceptarse a sí mismo sin la de él.

4. El terapeuta racional-erótico, no sólo interpreta las resistencias y mecanismos de defensa de sus pacientes para mostrarles cómo racionalizan, proyectan, reprimen y se resisten a ponerse mejor; sino que también *ataca* directa y enérgicamente los pensamientos de los procesos de pensamiento ilógicos y sus evasiones, por medio de actividades personales y forzándolos a no utilizar más los mecanismos auto-destructivos o la forma irracional de pensar.
5. El terapeuta racional no cree que el sueño sea el camino real hacia el inconsciente, ni que aporte aspectos importantes de los pensamientos y deseos del cliente, ya que considera que el material que se puede obtener tanto de él como de otros métodos proyectivos, es demasiado simbólico y poco confiable para los fines terapéuticos. Es por ello que dedica poca atención al análisis de los sueños, y cuando lo llega a hacer, lo hace cuidadosamente, prestando especial atención a los imperativos irracionales (los *necesito, debiera y tengo* que) que utilizan las personas al referirse a ellos.
6. En la TRE, se interpreta en grado mínimo los significados subyacentes de los gestos y actitudes del paciente, porque se está más interesado en atacar las ideas que se ocultan detrás de sus actitudes que en demostrarle su mera existencia. El terapeuta racional cuestiona y rebate las hipótesis que el cliente tiene sobre sí mismo y que se manifiesta en sus posturas y actitudes, más que en dar énfasis a sus resultados sintomáticos.
7. Las interpretaciones del terapeuta racional son más filosóficas que expositivas, y las principales ideologías que continúa demostrando al cliente son los apuntalamientos de

su conducta perturbada, las ideas irracionales de que: 1) él debe auto-condenarse plenamente y condenar a los demás por su mala o ineficaz conducta; 2) debe adquirir un alto grado de perfeccionismo ante él y los demás; 3) debe estar completamente seguro de que sucederán ciertos hechos deseables y de que no ocurrirán indeseables; y 4) que él (y los demás) son lo máximo cuando cumplen sus propósitos y son lo peor cuando fallan. A grandes rasgos, el terapeuta demuestra al paciente que es un absolutista, fanático, moralista y dogmatista, y que sólo aceptando la realidad, la incertidumbre y la tolerancia llegará a dominar sus trastornos emocionales.

8. En la TRE también se interpreta y enseña a los pacientes los principios del método científico y lógico. Les demuestra que las conclusiones falsas sobre sí mismos, los demás y el mundo, se basan en plantear premisas válidas y después sacar conclusiones ilógicas de ellas. Les enseña a aceptar las hipótesis como hipótesis y no como hechos, y a buscar datos experimentales para probar la evidencia de estos hechos.
9. La mayoría de las veces, el terapeuta racional hace sus interpretaciones más en forma de preguntas que con frases declarativas, no porque tenga miedo de molestar al cliente al ser más directo, sino porque uno de sus primeros objetivos es enseñarle a que se pregunte a él mismo y su propia forma de pensar.

Como podemos observar, la Terapia Racional Emotiva es una forma de intervención psicológica muy completa, bastante bien fundamentada, cuyas características (teoría, metodología y técnicas) me parecen muy convenientes para trabajar con el anciano que al enfrentarse con la muerte, siente un grado de miedo, coraje, tristeza, depresión, negación y/o angustia que no le permite disfrutar plenamente del tiempo que le queda de vida.

En el siguiente capítulo conoceremos los detalles de cómo la TRE puede ayudarnos a trabajar sobre esta problemática, las ventajas que presenta por encima de otros tipos de terapia y algunas de sus limitaciones.

CAPITULO 6

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Hemos visto a lo largo de esta tesis, que junto con el desarrollo, crecimiento y expansión de las civilizaciones, el avance de la ciencia y la tecnología, se han ido modificando nuestros estilos de vida y nuestra forma de percibir las cosas. De esta forma nuestra concepción sobre el mundo, la naturaleza, la sociedad, Dios, nosotros mismos, la vida y la *muerte* ha cambiado.

Desafortunadamente todas estas transformaciones en la vida cotidiana y en nuestra forma de pensar, nos han ido orillando cada vez más a enfrentarnos a la muerte solos, hundidos en toda una serie de dudas, cuestionamientos, ideas y creencias que generan en nosotros miedo, angustia, ira, dolor, tristeza y depresión.

De la misma manera, tendemos a alejarnos y a rechazar fervientemente todas las cosas, situaciones, y personas que nos recuerdan tan terrible suceso, de entre las cuáles llama especialmente mi atención: el *anciano*.

Considero al anciano como un ser muy vulnerable frente a la muerte, ya que no necesita estar enfermo, o sufrir un accidente para "codearse" con ella. Él por naturaleza, se encuentra en la última etapa de la vida, y sabe con certeza que cada día que pasa (a pesar de que se encuentre en óptimas condiciones físicas y mentales), está mucho más cerca de concluir su existencia en este mundo.

A diferencia del enfermo terminal, o de la persona que pronto morirá a causa de un accidente, el anciano puede vivir mucho tiempo (inclusive años) con todos sus miedos y dudas con respecto a la muerte. Tiempo suficiente para generar fuertes sentimientos negativos y bastante destructivos para su vivir cotidiano.

Lo más triste es que son muy pocos los que se interesan en ofrecer un apoyo especializado en orientar al anciano a afrontar la muerte de la mejor forma posible. Y no es de sorprenderse, bien hemos observado la forma en que la sociedad actual actúa contra todo lo que no vaya con las "normas" de la estética y con la productividad económica, así como contra todo lo que le recuerde que la ciencia tiene sus límites y que la muerte es algo que simplemente no puede ser evitado.

Si un anciano se siente mal, va a un doctor y seguro le dará algo para aliviar algunos síntomas físicos y para calmar otros tantos. Pero si su "dolor" no es físico, si su "dolor" viene de una incapacidad para aceptar la idea de que pronto morirá, ¿a dónde acude? ¿con quién va?. El apoyo más cercano con el que puede contar es el de un familiar, un conocido o un párroco, pero son muy pocos los que se deciden a visitar a un psicólogo para que les ayude en dicho problema. Mucho tiene que ver con la falta de información y las falsas ideas que tienen respecto a las funciones de un psicólogo, otro tanto tiene que ver con que son pocos los psicólogos que se encuentran especializados en el área, y otro tanto más con que la atención particular suele ser muy cara, lejos del alcance de la mayoría de los ancianos cuyas pensiones son extremadamente bajas (Rage, 1997). A pesar de estos inconvenientes, estoy convencida de que el Psicólogo es un profesionalista cuya preparación puede ser de gran utilidad para apoyar al anciano en esta difícil problemática, de una manera objetiva, clara, práctica, sencilla y sobre todo, sensible a las necesidades de cada individuo.

Por todo lo anterior, me parece que una buena solución podría ser que las Instituciones de Salud tanto Públicas como Privadas, contaran con un área a manos de Psicólogos encargada justamente de atender psicológicamente a los ancianos en su forma de afrontar la muerte, donde su principal forma de intervención (dadas las ventajas que le encuentro por encima de otros tipos de terapia) fuera la Terapia Racional-Emotiva.

¿De qué manera se podría llevar a cabo dicha solución? A continuación presento mi propuesta de intervención dividida en dos partes. En la primera de ellas expongo la forma en que la TRE puede ser aplicada para ayudar al anciano a afrontar la muerte y en la segunda de ellas, la forma en que podría instaurarse este servicio de atención psicológica dentro de las Instituciones de Salud.

6.1 Objetivos de la propuesta

Objetivo General

Proponer las bases para generar, promocionar y difundir un espacio de atención psicológica que por medio de la Terapia Racional-Emotiva, ayude al anciano a afrontar su muerte de la mejor forma posible, dentro de las diversas Instituciones de Salud en México.

Objetivos específicos

1. Ayudar al anciano por medio de la Terapia Racional-Emotiva a afrontar su muerte de la mejor forma posible (en la medida de sus capacidades y limitaciones): disminuyendo al mínimo sus sentimientos de miedo, angustia y tristeza con respecto a ella, y “preparando su muerte” durante el proceso de vivir y dejar este mundo.
2. Plantear las bases para la creación de un Área dentro de las Instituciones de Salud, encargada de promover, difundir y concientizar a la gente de “preparar su muerte” y atender psicológicamente a los ancianos que tengan dificultades para afrontarla, como un buen medio para vivir y concluir su vida plenamente.

6.2 Objetivo específico 1: Uso de la TRE para ayudar al anciano a afrontar la muerte

Considero la TRE como la terapia más conveniente a utilizar para atender al anciano en esta problemática partiendo de dos puntos: 1) su objetivo principal es identificar y corregir las creencias irracionales, y 2) el mayor problema que encontramos al enfrentarnos a la muerte, radica en todo lo que pensamos, nos imaginamos y creemos *sobre ella*. A continuación describiré otras ventajas de la TRE que beneficiarán el trabajo con el anciano.

Ventajas teóricas

- Su énfasis en las emociones y los sentimientos de las personas, así como la forma de clasificarlos en *negativos apropiados* y *negativos inapropiados*, permitirá al anciano reconocer de manera sencilla cuáles son aquellos que le hacen más daño y que por tanto debe disminuir al mínimo. Así mismo le permitirá darse cuenta que no hace daño ni causa ningún problema el sentirse triste de vez en cuando, ya que la tristeza forma parte de los sentimientos negativos apropiados, comunes y naturales del ser humano, por lo que no debe alarmarse mientras se mantenga en un nivel de intensidad tolerable.
- Su clasificación de pensamientos, creencias e ideas en *racionales* e *irracionales*, le ayudarán a reconocer que la muerte no es el problema en sí, sino todo lo que cree sobre ella, dándose cuenta de que tiene el poder de modificar esas creencias y que al hacerlo,

su sentir cambiará de forma positiva. Esto también fomenta la seguridad y confianza en sí mismo: de poder tomar el control de las cosas, de decidir y manipular situaciones, en especial de algo tan importante como lo es su propia vida.

- Su énfasis en la *auto-aceptación* por encima de la auto-estima, permitirá al anciano darse cuenta que a pesar de todos los fracasos que ha tenido a lo largo de su vida y los defectos que él mismo, los que le rodean y la sociedad en general le atribuyen, también tiene muchas virtudes, ha tenido aciertos y aún es capaz de tener otros éxitos; de tal manera que podrá concebirse como un ser humano con aspectos tanto positivos como negativos y aceptarse tal cual. Esto no sólo mejorará su auto-concepto, sino también su identidad y auto-valoración.

Ventajas de su modelo A-B-C D-E

- Se trata de un modelo muy práctico, sencillo y didáctico, que permitirá al anciano comprender de mejor forma su problemática; fomentando su interés por resolver problemas, su creatividad para desarrollar mejores creencias y pensamientos, su memoria para recordar exactamente qué es lo que piensa, lo que siente, lo que hace, etcétera; y principalmente el uso de la *razón*, para integrar toda la información y utilizarla de la forma más conveniente. De esta forma se ejercitan y ponen en práctica los diversos aspectos que forman parte de la inteligencia.
- Es un modelo de "auto-ayuda", que una vez dominándolo puede utilizarlo para resolver otros problemas de su vida, como combatir sus miedos a la soledad, al abandono; o superar antiguos rencores, celos, frustraciones, resentimientos, etcétera. Esto constituye una herramienta que puede utilizar en su vivir cotidiano para resolver las dificultades emocionales que se le presenten en otros ámbitos, para mantener un estado de bienestar óptimo y para prevenir posibles recaídas. El anciano por lo general se encuentra solo, a pesar de sentirse dependiente emocionalmente de otros; con este modelo podrá trabajar de forma individual y autosuficiente.

Ventajas de su metodología

- Al combinar el hedonismo a corto y largo plazo, la metodología de la TRE no sólo ayudará al anciano a afrontar su muerte en el momento en que llegue, sino que le ayudará a vivir de mejor manera, disfrutando de sí mismo y de la vida, durante todo el tiempo que tenga.
- Tiene una práctica directa, verbalmente activa-directiva y didáctica, lo que permite empezar a "trabajar" desde la primera entrevista. Esto ayuda a centrarse en el problema a resolver, a hacerle ver de manera rápida al anciano el camino a seguir para resolverlo, a incitarlo a practicar fuera de la terapia y trabajar siempre sobre la misma línea. De esta forma se avanza de manera mucho más rápida y se observan resultados más notorios, aspecto que el anciano valorará mucho considerando que algo de lo que más se aprecia a esa edad es el tiempo.
- La guía para reconocer las creencias irracionales permitirá al anciano ubicar fácilmente todas sus ideas derivadas de la filosofía de la obligación, enseñándolo a fijarse bien en cada una de las cosas que piensa y a reconocer lo importante que es no sólo lo que dice si no también cómo lo dice.
- El método socrático de discutir le ayudará a cuestionarse a sí mismo el porqué de sus conclusiones irracionales, a descubrir su origen, a comprobar que sus problemas se deben normalmente a una exageración de los hechos y que al reconocer esto y cambiar su perspectiva, esos problemas disminuirán notablemente.
- Al hacer énfasis sobre estos cambios, el propio anciano se generará una filosofía del deseo, en la que se volverá más tolerante consigo mismo, con el mundo y con los demás, cambio que no sólo le ayudará a nivel individual, sino que le permitirá mejorar sus relaciones con los otros.
- Las técnicas de tratamiento que utiliza la TRE, permitirán al anciano no sólo generar, sino asentar bien los cambios. Tanto las prácticas en casa como los ejercicios en la terapia, ayudarán al anciano a sentirse involucrado en algo importante, fomentarán en él el interés por una actividad en especial, le mantendrán ocupado y le distraerán de algunas cosas que le puedan parecer desagradables, como estar solo o el no saber que hacer con su tiempo libre. También son un buen tema para conversar, para quien cree que los ancianos no tienen nada importante que decir, *ellos* no sólo tendrán algo que

contar, sino que podrán enseñar a otros sus experiencias, dándoles la sensación de utilidad, de atención y compañía que a veces les hace tanta falta.

- Cabe destacar que la TRE se vale de muchas técnicas cognitivas, emotivas y conductuales, lo cuál le permite incidir de manera pertinente con cada uno de los pacientes, tomando en cuenta sus características individuales.

Por todo lo anterior me parece una muy buena técnica para incidir sobre la problemática. En ningún momento descarto el uso de alguna otra opción terapéutica, me parece que al tratar de resolver un problema es válido hacer uso de todo aquello que esté a nuestro alcance para solucionarlo de la mejor forma posible, siempre y cuando no perdamos de vista la ética del Psicólogo y no atentemos contra los valores y principios de los pacientes.

Aún así, soy partidaria de que las terapias cognitivas¹ son las más apropiadas para incidir en este asunto en particular, especialmente por encima de las psicoanalíticas y sistémicas.

Para empezar, una terapia psicoanalítica suele ser extremadamente larga, con lo que sus resultados generalmente no se notan sino hasta después de mucho tiempo; y como decíamos, lo que el anciano menos tiene es tiempo. Su metodología basada principalmente en dejar que el paciente hable, el buscar la raíz de sus problemas en traumas infantiles, y hacer demasiado énfasis en interpretar los sueños, los gestos, la transferencia y contratransferencia, hacen el trabajo con el paciente más lento, menos preciso y didáctico. La TRE no presta tanto atención en interpretar estos aspectos y si lo llega a hacer busca más bien las creencias irracionales ligadas a ellos como “yo *no debiera* de soñar eso”, “creo que siempre *tengo* que comportarme y moverme de esta forma cuando platico con una figura de autoridad”, etcétera.

Por otro lado, la terapia familiar sistémica hace un gran énfasis en las relaciones que hay entre los miembros de la familia, la manera en que afecta el problema a cada uno de ellos y su influencia personal en la solución del mismo (Andolfi, 1985 y Sarabia y Hernández, 2001). Sin embargo, aunque la familia es de suma importancia para el anciano,

¹ Las terapias cognitivas intentan modificar la conducta manifiesta influyendo sobre las cogniciones de los individuos (Sarabia y Hernández, 2001)

tal como lo hemos mencionado en el capítulo 4, la solución para resolver su problema frente a la muerte no está en su familia, sino en él mismo. Podría tener todo el apoyo de cada uno de sus hijos, nietos, yernos, nuercas y pareja, o bien, podría encontrarse completamente solo, al fin y al cabo, el principal trabajo que se requiere viene de él y para él mismo. Obviamente si se cuenta con el apoyo de los familiares o de personas cercanas a él, las cosas pueden ser más fáciles, pero es mejor que el anciano aprenda que no *necesita* de alguien más para sentirse bien, que basta con contar con él mismo.

A continuación veremos la forma en que se puede trabajar la TRE para ayudar a los ancianos afrontar de mejor forma su muerte.

6.2.1 Metodología a seguir

Esta propuesta de intervención está dirigida especialmente a los ancianos que presenten fuertes emociones negativas inapropiadas "a causa" de la muerte. Es decir, las personas mayores que sientan una fuerte angustia, miedo, ira, depresión, vergüenza, y/o culpabilidad, al pensar, imaginar o hablar sobre su propia muerte. También va dirigida a los ancianos que aunque no se sientan así, presenten cierta preocupación y/o interés por saber cómo prepararse de la mejor forma para hacerle frente a su muerte.

Cabe aclarar que a partir de este momento utilizaremos el término "cliente" en lugar de "paciente" para referirnos al anciano, tal como lo hacen Ellis y Grieger en su *Manual de Terapia Racional-Emotiva* (1981).

FASE INICIAL DE LA TRE

Inducción

En este primer contacto con el cliente, una vez que se han presentado ambas partes, el psicólogo le explicará claramente los siguientes puntos:

1. Existen diferentes formas de resolver los problemas de las personas, y la mejor forma para resolver su problema con la muerte es por medio de la Terapia Racional Emotiva.

2. Esta terapia se basa en el principio de que los problemas emocionales que tenemos, se derivan directamente de lo que nosotros pensamos, imaginamos y creemos sobre lo que nos pasa, sobre las demás personas y sobre nosotros mismos.
3. Partiendo de lo anterior, la función del psicólogo racional-emotivo es ayudar al cliente a identificar todos sus pensamientos, ideas y creencias que tiene con respecto a la muerte que le están provocando emociones como angustia, miedo, culpabilidad, etcétera y que le hacen sentir tan mal. Para después ayudarlo a corregir esas creencias y cambiarlas por otras que no le hagan daño.
4. Por esto el psicólogo actuará de forma directiva (dando indicaciones), activa (haciendo preguntas, debatiendo) y didáctica (poniendo ejemplos y dejando tareas).
5. Para resolver el problema es necesario que el cliente sea participativo, que realice las actividades y tareas que el psicólogo le asigne, que comente todo lo que considere importante para solucionar el problema, y que no dude en preguntar cualquier cosa que le ayude a aclarar sus dudas.
6. Debe quedar claro que el psicólogo acepta al cliente tal y como es, con todos sus defectos y virtudes, que no le juzgará en ningún momento, sólo le escuchará, prestará atención y ayudará a resolver su problema.

Es necesario explicar lo anterior de una manera coloquial y sencilla al cliente, y preguntarle constantemente si tiene alguna duda al respecto para ir aclarando las que surjan al momento. Esto es indispensable para generar confianza en el cliente y que note que tiene toda la libertad de preguntar lo que quiera con el fin de no quedarse con dudas. Es bueno aclarar que si no comprende "a la primera" siempre se le podrá repetir la información, que lo único que tiene que hacer es solicitarlo.

Recordemos que el anciano suele quedarse con dudas por miedo a preguntar, que suele dejar de hacer cosas por miedo a equivocarse, por ello es muy importante mostrarnos sensibles a lo que expresa o calla el cliente, no confiar en que ha comprendido todo sólo porque no ha preguntado nada, y realizar preguntas específicas directamente como: "¿le queda claro este punto?", "¿tiene alguna duda sobre...?", "¿quisiera saber algo más respecto a...?". Tampoco hay que ser demasiado insistentes, a veces los ancianos se ofenden por

creer que pensamos que “no entienden”. Siempre habrá que encontrar el término medio y esto sólo se logrará estando muy al pendiente del cliente.

Valoración

Una vez que el anciano comprende lo que es la TRE, la función del psicólogo y su función como cliente, se procede a realizar una valoración; la cuál nos permitirá conocer los datos biográficos de la persona y su principal problema para enfrentar a la muerte.

Para conocer los datos biográficos del cliente se realizará la entrevista estructurada del Anexo V, basada en el cuestionario del Instituto de Terapia Racional-Emotiva de Nueva York (Dryden y Ellis, 1989) que presentamos en el Anexo III de esta tesis.

Se le explicará al cliente que es necesario conocer algunos datos básicos sobre él para poder ayudarlo a resolver su problemática, por lo que se le hará una serie de preguntas que requiere contestar sinceramente. Es bueno aclararle la confidencialidad de los datos y reafirmarle que no se le juzgará por nada de lo que él diga. De esta manera se procederá con la entrevista del Anexo V.

Posteriormente resulta conveniente aplicar el Cuestionario de Personalidad del Anexo VI de esta tesis, basado en la parte I del Formulario de Personalidad del Instituto de Terapia Racional-Emotiva de Nueva York (Dryden y Ellis, 1989). Para aplicar este cuestionario hay dos opciones: la primera de ellas es que sea el propio psicólogo el que vaya haciendo las preguntas al cliente, lo que permite aclararle dudas en cuanto al planteamiento de las preguntas y nos ayuda a conocer más de él antes de pasar a la problemática específica. Sin embargo, es posible que nos tardemos mucho en la primera entrevista y en el segundo cuestionario, lo cuál nos impediría llegar a la problemática en la primera sesión, factor que no considero muy pertinente. Es por ello que otra opción es que si el cliente tiene las capacidades para contestarlo de manera individual (que sepa y pueda leer y escribir o que cuente con alguien en casa que le ayude a contestarlo), podría llevárselo para contestar en casa y traerlo la próxima sesión en la que se revisaría y hablaría al respecto. Este cuestionario nos sirve para darnos una idea general de cómo se concibe el anciano a sí mismo en cuanto a su autoaceptación, la frustración, injusticia, el logro, su valía, el control, la seguridad y el catastrofismo.

Cuando se cuenten con todos los datos biográficos necesarios, se le indicará al cliente que es hora de entrar directamente a la problemática, para lo que se le irán haciendo algunas preguntas que deberá contestar lo más claro y ampliamente posible con el fin de comprender de la mejor forma los pormenores del problema. Para esto se hará uso de una entrevista semiestructurada, utilizando como guión de entrevista las preguntas del Anexo VII.

Partimos de la premisa de que las perturbaciones emocionales del cliente devienen de "la muerte" como acontecimiento activador, es decir que le temen a la muerte o les duele la muerte por... lo que serán las creencias irracionales. Por ello, como podemos observar, la entrevista del anexo VII es muy "directa", es decir, se establece desde un principio que el "problema" tiene que ver con la muerte, sólo que no sabe de qué forma exactamente, por lo que la primera pregunta es *¿Cuál es su principal problema con la muerte?*. Se espera que con esta pregunta el cliente se vea forzado a ordenar sus pensamientos y a definir exactamente qué es lo que le preocupa, molesta, duele, y/o trastorna más. Este es el primer paso dentro de la terapia para resolver el problema: *definirlo*.

Es importante en este punto prestar especial atención en los sentimientos y emociones (C) que "el problema" le genera, así como identificar qué es exactamente lo que el cliente considera como el problema o la fuente del problema (A).

Cuando alguno de estos aspectos no queda claro, la segunda pregunta puede ser de mucha utilidad: *¿qué sentimientos o emociones le genera la muerte?*. Esto puede ayudarnos a comprobar lo que habíamos identificado como C o a modificarlo de acuerdo a sus respuestas.

Las preguntas 3 y 4 *¿Desde cuándo se convirtió esto en un problema?* y *¿Cómo se dio cuenta de que le era ya un problema?* permiten hacer un poco de historia sobre la problemática. La idea es que el cliente haga un esfuerzo por recordar a partir de cuándo se empezó a sentir mal y cuándo llegó a ser tan fuerte que pudo notarlo. Dependiendo de sus respuestas, si es necesario podríamos profundizar un poco más preguntando *¿qué sucedía en ese entonces a su alrededor?*, lo que nos permitiría crear un marco más general de referencia para comprender mejor la problemática.

La pregunta 5 sirve un poco para recapitular lo antes dicho y para complementar la información ya proporcionada por el cliente. *¿Qué significado tiene la muerte para usted?*,

esto puede darnos un mayor panorama de lo que el cliente piensa, opina, cree, siente, sobre lo que ella implica, representa y provoca.

Las preguntas 6 y 7 servirán para conocer un poco más sobre la intensidad del problema, los factores que lo desatan, y los que nos pueden ayudar a controlarlo (*¿Bajo qué circunstancias empeoran sus problemas? y ¿Bajo qué circunstancias mejoran?*).

La segunda parte de la entrevista sirve principalmente para conocer qué es lo que espera el cliente de sus últimos días de vida, es decir, sus metas, sus objetivos, sus esperanzas, sus sueños, etcétera. *¿Qué le gustaría hacer antes de morir?, ¿De qué manera le gustaría dejar este mundo?, ¿Hay algo que le parezca que está inconcluso en su vida?, De poder elegir, ¿cómo le gustaría que fuera su muerte?, ¿Qué haría su muerte más llevadera?, ¿Cómo le gustaría sentirse a la hora de morir?*. Las respuestas que el cliente dé a estas preguntas también nos ayudarán a definir de qué manera podrá "preparar su muerte".

Y por último, la tercera parte de la entrevista, tiene por objetivo conocer un poco más sobre la problemática relacionada con otra persona, es decir, cómo interpreta la muerte "ajena", vista desde fuera, para compararlo con cómo la ve desde adentro. Las preguntas son: 1) *¿Cómo fue su primer enfrentamiento con la muerte?*, 2) *¿Conoce algún ser cercano a usted que haya fallecido? en caso de que sí: ¿Quién?, ¿Qué impacto tuvo sobre usted?, ¿Cómo se sintió?, ¿Cómo lo superó?*, 3) *¿Ha presenciado el momento de muerte de alguien? en caso de que sí ¿De quién? ¿Qué impacto tuvo sobre usted? ¿cómo se sintió? ¿cómo lo superó?*.

Esta puede ser información muy útil, ya que constituye un marco de referencia de cómo se ha sentido en otras ocasiones al tratar a la muerte y cómo ha superado la situación; factores que pueden ayudarnos a delimitar aspectos a tomar en cuenta y aspectos a ignorar a la hora de la intervención.

Una vez que hemos terminado las dos (o tres) entrevistas debemos de contar con información suficiente para poder definir cuál es la problemática general, y sobre qué es lo que vamos a trabajar.

Es muy probable que encontremos fuertes emociones negativas inapropiadas relacionadas más con las creencias irracionales que tienen sobre la muerte que por la muerte en sí. De una forma ya muy simplificada podría encontrarse: un terrible miedo y una

fuerte angustia a enfrentar la muerte, por considerarla como algo *terrible*, por la idea de *tener que* dejar todo aquello que tanto se ama y por *no poder soportar* la idea de ya no existir principalmente. Lo más seguro es que encontremos que todas las emociones negativas inapropiadas las atribuirá directamente a la muerte.

Lo importante en este punto es definir claramente el problema, que en este caso podría ser el ya no querer sentir todas esas emociones negativas al llegar a pensar en su muerte; el concebirla como algo natural y dejar de pensar tanto en ella para poder hacer otras cosas en lo que le queda de vida.

Siendo así, el primer objetivo sería: identificar claramente las emociones que quiere eliminar, para después reconocer las creencias y pensamientos que las están manteniendo y poder generar una estrategia personal de intervención.

Antes de pasar a la siguiente parte, es necesario que el cliente esté de acuerdo con la definición de su problema y los objetivos a seguir dentro de la terapia; así como con que su participación activa es indispensable para poder seguir adelante. Nuevamente debe preguntarse si hay dudas, si hay algo que no quede muy claro, si hay algún desacuerdo con lo concluido, etcétera, no podemos pasar a lo siguiente si algo no ha quedado claro en este punto.

Evaluación

Es momento de plantear el problema en términos del esquema A-B-C de Ellis. Y para lograrlo, debemos trabajar de acuerdo a los siguientes puntos:

1. Explicar al cliente que las emociones se pueden clasificar en dos tipos: las *emociones negativas apropiadas* y las *emociones negativas inapropiadas*. Entre las primeras encontramos la inquietud, la tristeza, el dolor, la desilusión y el disgusto, mientras que entre las segundas tenemos la ansiedad, la depresión, la culpabilidad, la vergüenza y la ira. Una característica importante de las inapropiadas es que su grado de intensidad y malestar es mucho más grande y perjudicial que el de las apropiadas (si es necesario se le pueden dar ejemplos al cliente de cada una de las emociones y darles la explicación que se encuentra en el apartado 5.2 de esta tesis).

2. Ayudarlo a identificar qué tipo de emociones son las que tiene en específico, para separarlas en apropiadas e inapropiadas y poder identificar sobre cuáles se va a trabajar. Lo más probable es que tengamos que trabajar contra el miedo, la ansiedad, depresión y culpabilidad principalmente. Lo importante es que entre ambas partes quede claro cuáles son las emociones sobre las que se va a trabajar.
3. Ayudarle a identificar las cosas que hace a pesar de que le sienta mal hacerlas y las cosas que ha dejado de hacer a pesar de que le hacían bien cuando las realizaba. Es probable que encontremos que el cliente tienda a ingerir alimentos o sustancias que debido a sus tratamientos médicos no debiera tomar, o que haya dejado estar con las personas que estima sólo para “no causar molestia”, cuando en realidad el verlas le hacían sentir bien, “como si formara parte de la vida todavía”.
4. Hacerle reconocer los *acontecimientos activadores* de sus emociones y conductas perturbadas. Aquí como ya lo hemos mencionado anteriormente, encontramos a la muerte tal cual. La muerte es el acontecimiento activador en alguna de sus variantes: la muerte de alguien cercano, de alguna mascota, etcétera, pero sobre todo el pensamiento de la muerte propia. Y digo el “pensamiento”, porque “la muerte” no es algo que se pueda ver o tocar, podemos ver a un ser muerto, factores que producen la muerte o que la acompañan, pero no la muerte en sí. Mucho menos podemos tener de frente la muerte propia físicamente, sólo en nuestros pensamientos y nuestra imaginación.
5. Explicarle la distinción entre *creencias racionales* y *creencias irracionales*. Las primeras son aquellos pensamientos e ideas que nos ayudan a alcanzar nuestras metas y objetivos en la vida, mientras que las segundas sólo obstaculizan nuestro camino. Considerando que la meta del cliente fuera dejar de sentir las emociones negativas inapropiadas, las creencias irracionales serían todas aquellas que obstaculizarían su camino, alimentando este tipo de emociones; mientras que las creencias racionales serían las que poco a poco le ayudarían a disminuirlas. En general las creencias racionales están ligadas a las emociones negativas apropiadas porque “pensamientos

positivos traen emociones positivas"; y las creencias irracionales provocan emociones negativas inapropiadas porque "pensamientos negativos traen emociones negativas".

6. Explicarle las expresiones típicas de cada uno de los tipos de creencias. Las creencias racionales normalmente van acompañadas de frases como "me gustaría...", "quisiera...", "no me gustaría..." y "desearía..."; como "me gustaría dejar de sentir miedo ante la muerte", "quisiera vivir feliz el tiempo que me queda de vida", "no me gustaría que la gente se olvidara de mí cuando yo muera", "desearía poder convivir más con los que amo antes de morir". Por su parte las creencias irracionales van acompañadas de frases como: "tengo que", "debo", "debería", "estoy obligado a"; como "tengo que vivir el tiempo suficiente para hacer todo lo que quiero hacer", "los demás deberían comprenderme y ayudarme y no dejarme solo con mi dolor", "debería de haber algo que impidiera la muerte... ¡no debo morir!", "me siento obligado a hacer algo importante de mi vida antes de morir". Otras frases que acompañan a las creencias irracionales, se derivan de las ya mencionadas y son las siguientes: "es terrible", "no puedo soportarlo", "soy un fracasado, un miserable", "él es de lo peor". Algunos ejemplos serían: "me resulta terrible tener que dejar este mundo cuando yo todavía no quiero", "no puedo soportar la idea de estar enterrado tantos metros bajo tierra", "ya va a terminar mi vida y no he hecho nada de provecho...soy un fracaso". Por lo general toda idea sobre-generalizada o exagerada es una creencia irracional.
7. Una vez que el cliente reconoce y distingue lo que son las creencias racionales de las irracionales, se le explicará cómo reconocer las irracionales para trabajar directamente sobre ellas. Se puede empezar respondiendo a las siguientes preguntas: *¿qué es lo que me parece terrible de la muerte?*, *¿qué es lo que creo que no puedo soportar de la muerte?*, *¿cuáles son las necesidades e imperativos (tengo que, debiera, necesito) que experimento ante la muerte?*, *¿de qué forma me condeno a mí mismo o a los demás a causa de la muerte?* Algunas de las respuestas podrían ser: "me parece terrible el dejar de existir", "no puedo soportar la idea de dejar todo lo que quiero". "los demás no deben olvidarse de mí cuando yo muera y si lo hacen son unos malagradecidos", "el tener que enfrentarme a la muerte solo me parece terrible", "el pensar que ya no voy a

volver a despertar es algo que simplemente no puedo soportar”, “no debo morir porque sino no podré cuidar a mi esposa enferma y no hay nadie más que lo haga”, etcétera.

8. En el Anexo VIII de esta tesis presento las principales ideas de donde se derivan las creencias irracionales con respecto a la muerte. En general las clasifico en cinco categorías: 1) *Ideas de corte-separación*, 2) *Ideas de incertidumbre por lo que sucederá tras morir*, 3) *Ideas de incertidumbre sobre el momento de morir*, 4) *Ideas sobre el “estar muerto”*, y 5) *Ideas sobre la forma de dejar el mundo*. Estas pueden ser de gran utilidad para identificar y clasificar las del cliente con el fin de preparar la discusión más adecuada a cada una de ellas.
9. Ya que se conocen todos los aspectos del A-B-C se plantean de la siguiente forma:
El *acontecimiento activador* o A es: la muerte;
Las *consecuencias emocionales y conductuales* o C son: el miedo, la culpabilidad, la ansiedad, la angustia y el no seguir los tratamientos médicos, el alejarse de la gente que quiere y no hablar de su sentir.
Las *creencias irracionales* o IB podrían ser: “me parece terrible no saber que es lo que me va a pasar cuando me muera”, “necesito saber si hay otra vida después de la muerte”, “mi muerte no debiera causar dolor a mis seres queridos”, “no puedo soportar que la muerte sea el final de todos mis proyectos”, “me parece terrible lo que le pueda pasar a mi cuerpo cuando me muera”, etcétera.
Las *creencias racionales* o RB podrían ser: “desco dejar de sentirme mal con respecto a mi muerte”, “quisiera poder aceptar mi muerte como algo natural y normal”, “me gustaría dejar todo listo para cuando yo me muera”, “espero poder vivir feliz lo que me queda de vida”.

Para terminar este punto es necesario haber definido el problema en los términos del modelo A-B-C de la TRE, estar completamente seguros de que cliente ha comprendido todo lo que hemos trabajado hasta aquí, y ponernos de acuerdo psicólogo y cliente en

cuanto a cuál de todas las creencias irracionales habrá que trabajar primero y en qué orden seguiremos con las demás, incluyendo el trabajo con las creencias racionales.

Intervención

Ya que hemos planteado la problemática en términos del modelo A-B-C y que hemos identificado y *definido* las creencias irracionales del cliente, es importante hacer una comparación y *distinción* entre sus metas, objetivos y planes, contra sus creencias irracionales.

Por ejemplo: el cliente podría plantear como meta el vivir feliz el tiempo que le queda de vida; si encontramos que entre sus creencias irracionales se encuentra la idea de que "la muerte le parece *terrible*", entonces estamos seguros de que no va a poder cumplir completamente su meta porque cada vez que piense o se acuerde de la muerte, se sentirá emocionalmente mal y no podrá disfrutar plenamente lo que le queda de vida.

Esto da el primer paso para *debatir* sus creencias irracionales. Es conveniente empezar a cuestionar cada una de ellas con preguntas como: *¿esta forma de pensar es objetiva?, ¿me ayudará esta forma de pensar a salvaguardar mis intereses?, ¿me ayudará esta forma de pensar a lograr mis objetivos hoy y mañana?, ¿me ayudará esta forma de pensar a no tener problemas importantes con los demás?, ¿me ayudará esta forma de pensar a sentir emociones que quiero sentir?*. De esta forma podemos ir analizando cada una de las creencias irracionales del cliente para decidir exactamente cuáles son las que prefiere modificar por inadecuadas y cuáles puede dejar así porque no le afectan significativamente.

Ya que hemos seleccionado las creencias irracionales que se han de modificar, en el punto D del A-B-C D-E de la TRE, vamos a *discutirlas* por medio del método socrático de discusión, a través de preguntas como: *¿porqué piensa eso de...?, ¿qué evidencia tiene de que...?, ¿en qué está su falsedad o verdad?, ¿qué prueba que las cosas deban de...?, ¿qué le hace sentir así?*. Y contemplando dos factores muy importantes: su clasificación dentro de las *ideas perturbadoras en torno a la muerte* (que explicamos en el Anexo VIII) y su tipo de *derivación de la filosofía de las obligaciones* (tremendismo, no soportantitis, condena y necesidad perturbadora -debo, tengo, necesito, debiera-).

En el apartado 5.4.2 de esta tesis, describo la forma en que se pueden discutir las creencias irracionales derivadas de la *filosofía de las obligaciones*. En el Anexo IX, presento argumentos que pueden ayudar a debatir las *ideas perturbadoras en torno a la muerte*. A continuación sólo describiré un ejemplo.

Supongamos que tenemos un cliente cuyas emociones perturbadoras vienen de la creencia irracional de que "me parece *horrible* que al morir ya no pueda estar con la gente a la que quiero". Lo primero que podría hacer es explicarle lo que significa la palabra *horrible* o *terrible*: "cuando decimos que un hecho es *horrible* en realidad queremos decir que ese hecho es *infinitamente malo*, lo que significa que si lo ponemos en una escala de maldad donde 5% es poco malo y 99% es excesivamente malo, lo *horrible* o *infinitamente malo* estaría desde el 101% hasta el infinito, grado de maldad que en la realidad no existe. Así que usted dígame, ¿por qué el ya no estar con la gente que quiere es algo "horrible"?". El cliente podrá contestar: "porque disfruto mucho de su compañía y siento feo el ya no poder estar con ellos". Se le podría contestar entonces: "bien, lo que usted me está diciendo es que se siente bien estando con ellos y por ello no quiere dejarlos, sin embargo eso no prueba que el ya no estar con ellos sea algo *horrible*, en realidad sólo me está hablando de su sentir; así que dígame ¿qué evidencia hay de que el sentir feo por ya no ver a sus seres queridos sea algo *infinitamente malo*?", el paciente podrá responder: "pues, que luego cuando pienso en eso me pongo muy mal, me siento triste, a veces hasta lloro con sólo pensarlo"; a lo que se le podrá decir: "con esta respuesta me está hablando de su sentir, de lo incómodo que es *pensar* en ello, lo cuál me permite señalarle dos cosas: la primera es que su tristeza y su llanto sólo hablan otra vez de su sentir pero tampoco son evidencia de que el dejar de verlos sea un hecho *infinitamente malo*; y la segunda observación es con respecto a lo que usted dice que *se siente mal al pensarlo*. Esto significa que no necesita pasar el hecho para que usted se sienta mal, ya que con sólo imaginarlo puede producirse todos esos sentimientos desagradables de los que me está hablando. Con esto comprobamos que el *hecho tal cual*, el *dejar de verlos realmente no es infinitamente malo*, ya que aún antes de que suceda, usted con sus pensamientos puede sentirse tan mal como cree que sucedería si esto pasara". Lo que se pretende con este tipo de discusión es llegar al punto en que el cliente ya no encuentre argumentos para defender su postura inicial. En este caso se le podría explicar lo siguiente: "mire, me doy cuenta que a usted le

parece feo, desagradable, malo e incluso excesivamente malo el ya no poder estar con la gente que quiere cuando muera, sin embargo no llega al grado de maldad infinita simplemente porque no es posible. El situar su problema dentro de los límites de la realidad, nos permite trabajar sobre ellos para resolverlos. Y aquí es de gran utilidad el que usted se de cuenta de que en la vida siempre habrá cosas que nos desagraden y sientan mal, pero no por ello 'se vuelven' *infinitamente malas*". Una vez que se llega a este punto, es necesario orientar al cliente a que desarrolle una nueva creencia al respecto pero de manera racional, y es aquí donde nos podemos apoyar de los argumentos que encontramos en el anexo IX.

Reconocemos que se trata de una creencia irracional de separación-corte, en la que el cliente no es capaz de decir adiós ni de desligarse todavía de los seres a los que ama. En este caso sería recomendable explicarle al cliente que ni todo su sufrimiento ni todo su dolor podrán evitar que en algún momento tenga que separarse de sus seres queridos. Pero que aún así él tiene el poder de *elegir* entre seguir sintiéndose mal o dejar de atormentarse por esos "pensamientos" y disfrutar durante el tiempo que le quede, de ellos a quienes tanto ama. Cuando se le plantea esto al cliente, se le da el poder de control sobre la situación, se le demuestra que está en sus manos el sentirse bien y que no sólo es un títere al que la situación maneja a su antojo.

Una vez que el cliente reconoce la irracionalidad de su creencia al no encontrar forma de probarla, y que él tiene el poder para cambiar sus emociones perturbadas, es cuando puede empezar a *generar un nuevo efecto o filosofía* (punto E del modelo A-B-C D-E). Esto se logra cambiando sus exigencias absolutistas irracionales por unas preferencias relativas racionales en una situación concreta; recordando o generando metas realistas con el cliente y motivándolo a que se esfuerce por alcanzarlas.

En el ejemplo anterior lo conveniente sería ayudarle al cliente a recordar que *todavía* está vivo y que con ello tiene la oportunidad de convivir con todos ellos a los que quiere, haciéndole ver que si se le pasa preocupado, ansioso o triste, el tiempo se le va a pasar y no podrá cumplir con sus deseos. Lo ideal es que llegue a ideas más racionales como: "me parece *muy malo* el ya no pueda estar con mis seres queridos cuando yo muera, se que es algo que no está en mis manos y por eso lo considero doloroso y desagradable para mí, aún así, eso no me va a derrumbar, se que en tengo en mis manos el control para

sentirme bien y *elijo* hacer todo lo posible por convivir y disfrutar al máximo con cada uno de ellos durante el tiempo que me quede en esta vida". Otro nuevo efecto sería: "ya se que no me queda mucho tiempo en este mundo, y que no es posible que pueda seguir teniendo contacto con mis familiares una vez que me vaya de él, es por ello que *elijo* pasar el mayor tiempo que pueda con ellos y darme el tiempo necesario para irme despidiendo de cada uno y poder morir en paz".

Cuando el cliente llega a este tipo de conclusiones, podemos pasar a la segunda fase de la terapia. Es importante que el psicólogo debata con firmeza las creencias irracionales de su cliente y que lo oriente cuidadosamente en la adopción de nuevas creencias. Debe fijarse muy bien en no pasar a otra creencia irracional hasta que la primera no haya sido correctamente trabajada.

FASE MEDIA DE LA TRE

El llegar a una conclusión o idea racional no es suficiente para terminar la terapia. Apenas es el principio. Es necesario que el cliente "elimine" completamente las creencias irracionales y que "haga propias" las nuevas. Esto suena fácil, pero cuando se lleva una vida bajo la filosofía de la obligación, generando y alimentando poco a poco las ideas irracionales, no es tan sencillo asentar este cambio.

Para ello sirven las diferentes técnicas terapéuticas de las que se vale la TRE y que explicábamos en el capítulo 5. Todas ellas implican algo de trabajo en casa, y se deben elegir de acuerdo a las características personales y la problemática particular del cliente.

En este caso podríamos emplear dos que me parecen muy útiles: la IRE o Imagen Racional-Emotiva y algunos ejercicios de Refutación de Creencias Irracionales.

En el ejemplo anterior podríamos enseñarle al cliente a practicar las IRE tal como se explica en el apartado 5.5 de esta tesis. Para empezar, el cliente debe tener bien claro todo lo que se trabajó en el A-B-C D-E de la TRE, para llegar a la idea: "*ahora que he aprendido a pensar de manera racional, tendré las respuestas emocionales y conductuales de...sentirme bien por todo lo bueno que pude vivir con ellos, de tranquilidad porque sé que estarán bien, de felicidad porque harán todo lo posible para estar bien, de paz porque me voy quedando bien con ellos y ellos bien conmigo*". Cuando el cliente tiene claro esto, debe

imaginar lo más detallado posible la situación que le perturba, como el pensar en que ya no podrá platicar con sus familiares, ya no verá crecer a sus nietos, no podrá estar presente cuando se casen, no podrá compartir con su pareja más momentos felices, etcétera. Sólo que esta vez, en lugar de pensar su antigua idea irracional de que todo eso es *horrible*, deberá pensar en la idea racional que planteábamos arriba y al mismo tiempo tratará de evocar todos esos sentimientos acordes a la idea. Lo ideal es que lo practique de diez minutos a una hora diaria. Este ejercicio le ayudará a reforzar su nueva idea racional y a hacerla congruente con sus sentimientos para poder mantenerla por mucho tiempo.

Por otro lado, en el anexo X encontramos un ejemplo de las tareas de refutación de ideas irracionales que se pueden dejar para realizar en casa. Se trata de un Cuestionario de Autoayuda Racional que suele utilizar el Instituto de Terapia Racional-Emotiva de Nueva York (Ellis y Abrahms, 1980). Con él se pone a prueba los conocimientos que ha adquirido el cliente en cuanto a la forma de plantear su problema y resolverlo por medio de la TRE, además de ser una herramienta más para resolver otros problemas emocionales a lo largo de su vida.

Este cuestionario también puede ser de gran utilidad durante las sesiones de terapia para esquematizar el trabajo de la TRE. Puede ser presentado por medio de una copia en grande de tal manera que el cliente pueda ver claramente cómo va trabajando en su terapia. Obviamente, dependiendo de la creencia irracional a atacar, serán el tipo de técnicas que se empleen para debatirla y para reforzar su contraparte racional.

Las tareas que se dejan hacer en casa deben ser revisadas siempre a la siguiente sesión de terapia para dar seguimiento al trabajo que se está haciendo, aclarar dudas y decidir si se mantienen esos ejercicios o se cambian por otros. También es bueno incitar al cliente a que él mismo proponga ejercicios que considere le sean de utilidad para fortalecer sus creencias racionales.

Durante esta fase el psicólogo debe abocar sus fuerzas en que el cliente interiorice el siguiente proceso: 1° identificar sus emociones y conductas problemáticas, 2° enlazarlas con los acontecimientos activadores, 3° identificar sus principales creencias irracionales, y 4° refutar esas creencias y poner en práctica la alternativa racional por medio de la ejecución de tareas.

FASE FINAL DE LA TRE

La terapia racional-emotiva se podrá terminar al momento en que se consiga lo siguiente:

Que se noten mejoras cognitivas y emotivas en el cliente, lo que significa que no sólo piense bien sino que también esté y se sienta bien. Aquí se espera que el cliente haya disminuido sus emociones negativas inapropiadas al mínimo; que pueda enfrentar racionalmente los aspectos que le perturban de la muerte; que cuente con una *filosofía del deseo* ("quisiera que", "me gustaría...", "preferiría...") por encima de la filosofía de obligación; y principalmente que adopte nueva una *concepción o filosofía racional* de muerte, que sea optimista y realista como la que se ejemplifica al principio del Anexo IX y en el Anexo XI de esta tesis.

Que el cliente se vuelva su propio terapeuta. Donde se esperara que el cliente se sienta preparado para resolver por sí mismo los problemas que le faltan por resolver y confíe en su habilidad para resolver cualquier dificultad futura, no sólo con respecto a la muerte, sino también con otros problemas emocionales.

6.2.2 Más allá de la TRE: "Preparándose para la muerte"

Con todo lo anterior contribuimos a que el anciano viva de mejor forma su vida, y afronte de mejor forma su muerte. Pero falta un aspecto importante a tratar para cerrar completamente nuestro ciclo vida-muerte.

Tiene que ver directamente con las cuestiones que planteábamos en la segunda parte del Anexo VII: *¿Qué le gustaría hacer antes de morir?, ¿De qué manera le gustaría dejar este mundo?, ¿Hay algo que le parezca que está inconcluso en su vida?, De poder elegir, ¿cómo le gustaría que fuera su muerte?, ¿Qué haría su muerte más llevadera?, ¿cómo le gustaría sentirse al momento de morir?*

Efectivamente, se trata de *preparar la propia muerte*, con lo que me refiero a que dentro de las posibilidades, capacidades y limitaciones de cada persona, éstas hagan todo lo posible por dejar este mundo como ellas quieran, que resuelvan sus asuntos inconclusos y

que manifiesten instrucciones a seguir de lo que les gustaría que sucediera con ellos mismos y con sus pertenencias a la hora de morir.

Considero que en el primer paso para "preparar su muerte", el cliente debe realizar una lista de los objetivos y metas que tiene todavía para su vida; lista en la que debe incluir todas las cosas que todavía le gustaría hacer. Una vez elaborada esta lista, es necesario revisar cada una de estas metas y definir si se trata de una propuesta realista o no; calificativo que se dará dependiendo de las posibilidades reales que existen para que el cliente pueda conseguir esa meta. Es labor del psicólogo orientar al cliente a seguir el camino más conveniente para cumplir sus metas y ayudarle a cambiar sus propuestas no realistas por otras que sí lo sean.

En segundo lugar, encontramos la forma en que le gustaría al cliente dejar este mundo. Con esto nos referimos a esas "pequeñas" indicaciones que la persona tiene para con sus cosas, su cuerpo, y sus seres queridos para cuando él muera. En este punto una lista de todos esos detalles puede ser de gran utilidad para ayudar al cliente a organizar sus ideas, poner en claro sus deseos y preferencias, dar prioridades, etcétera. Es labor del psicólogo orientarlo en cuanto a la elaboración de testamentos y cartas especiales; así como de ayudarle a hablar con sus familiares, amigos y todos los involucrados en dichas disposiciones.

Después llega el momento de trabajar sobre los asuntos inconclusos. Nuestra vida está llena de recuerdos, sentimientos y acciones que nos atan a ella, que en ocasiones se encuentran permeados por resentimientos, amarguras y deseos frustrados; a estos aspectos de nuestra vida se les conoce como asuntos inconclusos. Si trabajamos en resolverlos seguramente se nos facilitará una muerte más ligera y saludable. De acuerdo con Campodevilla (1999), terminar un asunto inconcluso significa liberar a la persona de la energía emocional no descargada. Para poder lograrlo hay que empezar por incitar al cliente a que haga uso de su memoria para encontrar entre sus recuerdos, aquellas experiencias que considera que no terminaron del todo bien y que de alguna forma las siente inconclusas. El psicólogo puede hacer uso de una gran gama de técnicas para trabajar los asuntos inconclusos; entre ellas encontramos la elaboración de cartas a personas con las que se pretende resolver el problema (independientemente de que se les entregue o no); la plática directa con personas afectadas; ejercicios de imaginación en los que el cliente pueda volver

una y otra vez sobre el hecho hasta lograr librarse de los sentimientos negativos que se habían producido en su interior; ejercicios de perdón a uno mismo y a otros; etcétera. El objetivo de “cerrar” los asuntos inconclusos es que el cliente pueda llevar una existencia plena, centrada en el presente, no cargada de figuras que pertenecen más a experiencias pasadas; teniendo una visión más exacta de sí mismo y de los otros, con mayor flexibilidad para contactar, actuar, crear, emocionarse, etcétera. Dice Campodevilla: “La persona puede descubrir que al ceder ante los sentimientos que ha estado evitando, estos sufren una transformación; que al aceptarlos cambian, mientras que con su costumbre de rechazarlos sólo había conseguido perpetuarlos (1999 p. 79).

El siguiente punto por abordar para preparar la muerte, consiste en definir la forma en que al cliente le *gustaría* morir. Cuando hacemos esto, no pretendemos buscar la fórmula mágica que le permita morir así. Este punto sirve para ayudarle al cliente a orientar su vida en la forma como le gustaría morir. Es decir, si el cliente dice que le gustaría morir de manera natural y sin problemas físicos, entonces el psicólogo hace ciertas sugerencias para que el cliente conserve una buena salud como: hacer ejercicio, alimentarse sanamente, visitar periódicamente al doctor, seguir los tratamientos médicos, etcétera. Hay una frase que ahora viene a mi mente y no puedo recordar de quién es pero que viene mucho al caso que dice así: *vive como quisieras morir y muere como te gustaría haber vivido*.

Y por último llegamos a la parte más emotiva de esta preparación: definir qué es lo que al cliente le gustaría *sentir* cuando se muera, pero con ello no nos referimos a aspectos físicos (esos no están en sus manos), sino emocionales. ¿Qué es lo que al cliente le gustaría sentir sobre sí mismo, sobre su vida y sobre los demás cuando el momento llegue?. Esto también tiene mucho que ver con la frase que mencionaba arriba “*muere como te gustaría haber vivido*”, sólo que en lugar de dejarlo como “te gustaría haber”, lo dejaríamos en “te gustó haber”; para que quedara de la siguiente forma: *vive como quisieras morir y muere como te gustó haber vivido*. Con esto quiero decir que independientemente de cómo haya sido su vida, de todas las experiencias buenas y malas que haya tenido, siempre será mejor que la *accepte*, que la *valore positivamente*, y se *enorgullezca* de ella, justo para *acceptar*, *valorar positivamente* y *afrontar dignamente* su propia muerte.

6.2.3 Características del psicólogo

Las características que debe tener el psicólogo que trabaje directamente sobre esta problemática son aquéllas que se describieron en el apartado 5.7 de la tesis; más las siguientes:

- Ante todo: tener un concepto de muerte bien definido; que de preferencia sea optimista, objetivo y digno. Lo que implica que no considere la muerte como algo "horrible", pero que al mismo tiempo le de la importancia que requiere, que le tome con respeto y dignidad, evitando cualquier acercamiento de tipo morboso.
- Interesarse por las cuestiones de la muerte que contemplamos en esta tesis.
- Interesarse por el anciano y sus problemáticas.
- Sensibilidad para profundizar cuidadosamente en esta problemática tan delicada, para no herir, lastimar ni perjudicar de cualquier forma al cliente.
- Ser lo más objetivo e imparcial posible, evitando el entremezclar las vivencias, dudas y perturbaciones del individuo con las propias.

La siguiente es una lista de sugerencias que Cabodevilla propone para las personas que trabajan con personas que pronto van a morir (1999):

- Que calculen bien sus fuerzas, a veces la muerte se alarga y si se agotan ya no servirán de ayuda.
- Que dediquen tiempo para ellos mismos, puesto que cuidamos a los demás según somos. Lo que invertimos en ser lúcidos, equilibrados, saludables, directamente beneficia a quien recibe algo de nosotros. Que el estado de su persona condiciona la calidad de sus prestaciones.
- Que pidan ayuda siempre que la necesiten, ya sea para salir, para distraerse, estar solo etcétera. Que no se autocensuren, es probable que se sorprendan de que hay mucha gente a su alrededor que les gustaría echarles una mano y no saben cómo.
- Que hagan algún tipo de relajación o meditación. Que se sienten y escuchen su propio interior.

- Que no se distraigan con las comidas, que coman lo mejor que puedan, que las cuiden y que estén bien preparadas, que sean de buena calidad, ricas y variadas.
- Que duerman o descansen el tiempo necesario.
- Que admitan sus sentimientos sean los que sean, que no se auto-critiquen por ellos, y que los expresen a las personas más cercanas, que no los guarden para ellos mismos. Que dejen que los demás se acerquen.
- Que eviten el distanciamiento y la falta de comunicación.
- Que no eviten hablar de las cosas que le preocupan o angustian.
- Que procuren identificar sus carencias afectivas.
- Que no se automediquen, ni utilicen el alcohol o el tabaco para afrontar la tensión.

Dada la delicadeza de la problemática que estamos enfrentando, me parece indispensable que el psicólogo que trabaje en ella, cuente con supervisión tanto metodológica como emotiva para mejorar las condiciones de trabajo y las psicológicas personales a la hora de enfrentarse con él.

6.2.4 Limitaciones de la TRE

Antes de pasar a la descripción del siguiente objetivo me parece necesario hablar un poco de las limitaciones que le encuentro a la Terapia Racional-Emotiva. Soy sincera cuando digo que me costó trabajo encontrarlas, pero al fin di con algunas.

La TRE es una excelente forma de intervención que bien puede ayudar al anciano con sus problemas de afrontamiento a la muerte. Desgraciadamente estamos hablando sólo de *el anciano* que cuenta con una serie de características y capacidades físicas y psicológicas que le permiten hacer uso de esta terapia. Dentro de estas características y capacidades encontramos: que tenga pleno uso de la razón y de sus facultades mentales: que se encuentre conciente de todo lo que hace, dice, piensa y siente; que sea capaz de hablar, de escuchar y de ver (preferentemente). Sin embargo, de esta manera reducimos nuestra capacidad de intervención a sólo un sector de la población anciana, no podemos abarcarla en su totalidad. Y es difícil pensar que tal vez muchas de las personas mayores

que podrían necesitar más que otras la atención, no puedan recibirla a causa de sus discapacidades.

En el hospital se ven cosas muy duras. En una práctica profesional que realizamos en uno de los hospitales del ISSSTE, era común encontrar a ancianos con los que no se podía hablar porque tenían tubos en la boca, ya no podían oír o a causa de los medicamentos simplemente no parecían "estar aquí". Obviamente son el "tipo" de personas con las que la terapia racional-emotiva pierde sus fuerzas y no puede actuar. He ahí la más grande de sus limitaciones.

¿Qué se hace en estos casos?. Normalmente una persona bajo estas condiciones no podrán siquiera solicitar nuestra ayuda, pero si en algún momento nos topamos con alguien así, me parece que lo más conveniente es adoptar una postura como la que sugiere Kübler-Ross (1969), de simplemente ser una compañía. En estos casos tomar la mano de la persona, sonreírle si puede verlos, decir algunas palabras de aliento si sólo puede escucharnos, o simplemente quedar en silencio a su lado manifestando ante todo un apoyo moral, puede valer más que todas las terapias del mundo.

Hay que respetar siempre al anciano, en cualquiera de sus condiciones, tanto como si se encuentra plenamente conciente para llevar una terapia como si no. Siempre, ante todo, mientras esté en este mundo es un ser humano. No es un bulto estorboso, no es un algo inerte. Mientras esté aquí, hay que tratarle con respeto, cariño y dignidad.

6.3 Objetivo específico 2: Atención psicológica al anciano dentro de las Instituciones de Salud

Hemos visto que el "problema de la muerte" nos afecta a TODOS. Todos hemos de morir algún día, y si corremos con suerte, en algún momento llegaremos a ser ancianos y al encontrarnos más cerca de ella, podremos necesitar de una orientación psicológica adecuada para sobrellevarla de la mejor forma.

Ya describimos y explicamos cómo la Terapia Racional-Emotiva puede ayudar al anciano a afrontar y preparar su muerte de una mejor forma. Sin embargo, inmediatamente después de conocer el *cómo* viene a nosotros la siguiente interrogante: *dónde*.

Obviamente tenemos en primera instancia los consultorios particulares de los psicólogos en los que por medio citas individuales se puede trabajar con los ancianos. Desafortunadamente por razones económicas, falta de información, dificultades físicas de la persona y problemas de distancias entre otros, resulta muy difícil que una persona mayor se interese por esta forma de atención.

Lo ideal sería que la información sobre las necesidades, ventajas y formas de atención psicológica, *llegaran* al anciano a través de los lugares con los que tiene más facilidades de contacto; y considero que los más importantes de todos ellos son las *Instituciones de Salud Pública*.

Los ancianos van a los centros de atención médica más seguido que otros grupos de edad, ya en el capítulo 4 de la tesis veíamos la gran gama de dificultades físicas que se les van presentado conforme avanzan los años y su cuerpo poco a poco se va deteriorando. Así pues, los ancianos van a estas instituciones a solicitar ayuda para sentirse mejor físicamente; y me parece que sería una gran ventaja para ellos el que también ahí pudieran dirigirse a un área que les pudiera ayudar a sentirse mejor emocionalmente.

Hoy en día es muy difícil encontrar algún tipo de atención psicológica formal dentro de las grandes instituciones de salud pública. Es triste descubrir que en los organigramas de clínicas y hospitales no hay o se cuenta con muy pocos psicólogos. Se llega a encontrar que quienes suelen "suplir" su función son tanto trabajadoras sociales como enfermeras; quienes con poca preparación en el área -pero con bastante experiencia-, de una u otra manera se las arreglan para ayudar a los pacientes en algunos de sus problemas. No hace falta señalar que la atención que realizan al respecto suele carecer de fundamentos teóricos y que se trata principalmente de cuidados paliativos, que alivian por un momento los síntomas pero que en realidad no resuelven el problema.

Es por esto que considero que una buena solución sería crear un Departamento en las instituciones de salud, dedicado a promover, difundir, concientizar y atender los problemas psicológicos de las personas. Dentro del cuál se contara con un área específica para intervenir en los problemas de afrontamiento a la muerte en las personas mayores.

De esta manera el servicio podría estar al alcance de muchos, tanto económica como prácticamente hablando. En primera porque si se trata de instituciones de salud pública, la atención no tendría costo; y en segunda porque dado que el anciano visita frecuentemente

las instalaciones, podría programar sus citas psicológicas junto con las médicas para de esta forma no hacer "dos viajes".

El contar con atención psicológica dentro de las instituciones de salud, ayuda a difundir el papel del psicólogo, a concientizar a la gente de que sus problemas emocionales pueden resolverse por medio de la intervención adecuada; y ya refiriéndonos específicamente en la problemática que atañe esta tesis: el contar con un área que se centre en las perturbaciones psicológicas emocionales con respecto a la muerte en los ancianos, ayudará a promover un nuevo concepto y filosofía racional de muerte, que no sólo beneficiará a quienes pronto van a morir, sino también a los que empiezan a preocuparse por ello y a todos aquellos que por su trabajo están en constante contacto con ella (llámese médicos, pasantes, enfermeras, trabajadores sociales y prácticamente todo el personal de las instituciones de salud).

Con esta área se podrá difundir el trabajo de *atención*, donde se interviene directamente para resolver los problemas ya que existen, es decir, cuando las personas cuentan ya con perturbaciones emocionales derivadas de lo que representa la muerte para ellos. Y también para difundir el trabajo de *prevención*, donde se interviene con personas que no sufren de perturbaciones emocionales graves con respecto a la muerte, pero que les gustaría prevenirlas aprendiendo a "preparar su muerte".

El beneficio de la intervención psicológica con estos pacientes, no se quedará sólo en ellos. Ya que mejorando sus condiciones psicológicas de afrontamiento a la muerte, mejorarán también las de vivir la vida; y con ello generarán una mejor disposición para atenderse médicamente y seguir los tratamientos del doctor. Lo cuál no sólo beneficia su salud, sino también las relaciones: personal hospitalario-paciente, institución-paciente, familia-paciente y por ende: institución-personal hospitalario-paciente-familia.

Por otro lado, el contar con un Departamento de Atención Psicológica, promueve el concepto de *salud integral*, donde el cuerpo médico, trabajadores sociales y psicólogos inciden de manera *biopsicosocial* sobre la salud del individuo. Cada una de las áreas puede complementar y retroalimentar a la otra, trabajando en equipo y estando en continuo contacto con cada una de ellas para al fin y al cabo, brindar un mejor servicio a la comunidad.

Ahora bien: ¿por qué el uso de la TRE?. La Terapia Racional-Emotiva, tiene muchas ventajas para trabajar sobre esta problemática, tal como las mencionábamos al principio de este capítulo. Y en cuanto a las ventajas que presenta para la Institución de Salud encontramos las siguientes: 1) es una forma de intervención *sencilla, objetiva y práctica*, lo que permite que se noten resultados rápidamente, que se pueda trabajar con varios "casos" al día, y que se les dé de alta en un período más o menos breve; 2) es una forma de intervención *activa-directiva*, que permite centrarse en el problema en cuestión y avanzar de manera más rápida en el proceso terapéutico, 3) es una forma de intervención que *lleva a la "auto-terapia"*, proporcionando las bases que necesita al cliente para ser su propio "terapeuta", de manera que pueda resolver posteriormente sus perturbaciones emocionales sin la necesidad del psicólogo, dándole así la oportunidad a otros de recibir la terapia; 4) es una forma de intervención *multimodal*, es decir que puede practicarse de manera individual, como terapia familiar, de pareja o en grupos, dependiendo de las necesidades de la persona y ajustable a las demandas de la institución; y por último 5) es una forma de intervención *didáctica*, lo que permite trabajar a nivel educativo por medio de la instrucción en foros, conferencias, seminarios, etcétera, no sólo para el paciente, sino para todas las personas interesadas en el tema, como lo podría ser el personal hospitalario o las familias de los pacientes.

Una vez evaluadas las ventajas de la creación de este Departamento y ésta Área de atención, es importante definir algunos aspectos metodológicos que nos permitan visualizar más claramente cómo podría llevarse esto a cabo.

6.3.1 Metodología

Cabe señalar que lo que presento a continuación son sólo una serie de ideas que ayudan a plantear las bases para la creación del Departamento de Atención Psicológica y el Área de afrontamiento a la muerte para ancianos. En ningún momento pretendo ser exhaustiva en esta parte de la propuesta, ya que necesitaría de otra tesis para justificar y detallar cada uno de los puntos de la delicada planeación y estructuración que realmente se necesita para llevar el proyecto a la práctica.

Por lo anterior y dados los objetivos de esta propuesta de intervención nos enfocaremos principalmente en las bases para el Área de afrontamiento a la muerte en ancianos.

EL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Una vez integrado el Departamento en el organigrama de la Institución, éste quedaría bajo la dirección de un Psicólogo, cuya especialidad fuera el área clínica o de la salud preferentemente.

A su cargo trabajarían el número de psicólogos tantas Áreas especializadas existan. Y habrían dos pasantes o estudiantes de Psicología apoyando a cada una de las Áreas.

La función del Director del Departamento sería coordinar y supervisar las diferentes Áreas de intervención, así como difundir y promover el trabajo que se realiza en el Departamento, por medio de conferencias, reportajes, avisos, cursos, folletos, etcétera.

La función de los Psicólogos encargados de Área, sería intervenir directamente sobre una problemática psicológica en particular que tenga bastante demanda dentro de la Institución de Salud.

Y por último la función de los pasantes o estudiantes de Psicología, sería apoyar a los Psicólogos encargados de Área en sus diversas actividades, así como aprender de ellos acompañándolos en la práctica profesional.

EL TRABAJO DEL ÁREA DE AFRONTAMIENTO A LA MUERTE EN ANCIANOS

Ésta Área es la que se dedicará específicamente a ayudar al anciano por medio de la TRE a afrontar y "preparar su muerte" tal como lo explicamos en el objetivo 1 de esta propuesta. Así mismo se encargaría de promover dentro de toda la Institución, una nueva concepción o filosofía racional de muerte, basada en los Anexos IX y XI de esta tesis, a través de cursos, seminarios, conferencias y folletos informativos.

Población de interés

Los esfuerzos de esta área están dirigidos a aquellos ancianos que consideren tener un "problema" con su muerte, ya sea que ésta les cause sentimientos de ansiedad, miedo, angustia, culpabilidad, frustración o ira; que simplemente quieran resolver ciertas dudas al respecto; y/o que busquen una orientación para "prepararla" de mejor forma. Estos ancianos podrán solicitar la atención de forma voluntaria o por cualquier tipo de prescripción ya sea médica, de asistencia social o hasta familiar. Lo más importante de todo es que la persona esté de acuerdo en tomar este servicio.

Detección de necesidades

Sin embargo, no siempre los ancianos saben que tienen un problema con la muerte, o hay quienes lo reconocen pero no saben con quién acudir. Es por ello, que dentro de ésta Área, se debe dedicar parte del tiempo en detectar qué personas podrían necesitar y/o querer el servicio. Una forma de lograrlo sería por medio de entrevistas directas con pacientes que se encuentren internos en la institución y otra sería acercándonos a las personas mientras esperan turno para su cita médica. Lo que se requiere en ambas es presentarse como encargado del área, platicar un poco de lo que se pretende en ella y ofrecer los servicios "para cuando se requiera". Nunca hay que obligar ni forzar a alguien, lo más conveniente es que las personas evalúen la propuesta, recapaciten en cuanto a su muerte y decidan si requieren o no del servicio. Por otro lado: la distribución de folletos informativos y la realización periódica de conferencias informativas puede ayudar a las personas a conocer un poco más sobre esta filosofía racional de muerte e impulsarles a solicitar atención psicológica, asistir a algún curso o bien recomendarlo a alguien más (que al fin y al cabo la mejor publicidad es la que se hace de boca en boca). La aplicación de cuestionarios a los asistentes a las conferencias puede también ayudarnos a detectar quiénes pueden requerir el servicio.

Cómo contactar el servicio

Cuando alguien quiera solicitar el servicio podrá hacerlo en el Departamento de Atención Psicológica o bien directamente en el Área correspondiente, ya sea de manera personal o telefónica. Se concretará una cita y de esta forma empezará la terapia racional-emotiva. Resulta conveniente que los pasantes y/o estudiantes de psicología presencien (previa autorización del cliente) las sesiones de terapia para que se vayan familiarizando con el proceso. Después de cada sesión se puede hacer una revisión de caso para entre todos lo discutan y puedan ir plancando las siguientes sesiones.

El lugar de trabajo

Las sesiones de terapia se llevarán a cabo en un cubículo o consultorio dentro de la Institución. Lo ideal sería que existiera un cubículo para cada área del Departamento y que todos estuvieran cerca unos de otros. Si no fuera así, si sólo se contara con uno o dos cubículos, habría que turnarse entre áreas a través de horarios.

Si se llegara a dar el caso de que uno de los pacientes internos solicitara el servicio y por imposibilidades físicas no pudiera trasladarse hasta el cubículo de atención, entonces se podría trabajar con él directamente en su habitación de acuerdo a los horarios que se establezcan entre las partes.

Una forma alternativa de trabajo

La forma de trabajo que se plantea en el objetivo 1 es el de la terapia individual: sin embargo también se podría trabajar por medio de grupos de apoyo. Esto se plantearía más adelante, si la demanda del servicio es muy grande y si los solicitantes aceptan trabajar de esta forma. La terapia de grupo puede ser muy útil para aquellas personas que se sientan intimidados a trabajar de manera individual, o para quienes se sienten demasiado a gusto trabajando bajo esa modalidad. De cualquier forma este tipo de trabajo permite una gran retroalimentación por todas las partes involucradas. El ayudarse unos a otros a debatir sus creencias irracionales puede ayudarles a darse cuenta de aspectos que no habían

considerado aún cuando se esté hablando de otro y no de sí mismo. Además, el realizar una actividad en grupo enfocado a un fin común, puede resultar muy grato para el anciano, ayudándolo a sentirse nuevamente "parte de".

Revisión y supervisión de casos

Cabe resaltar que siempre será necesario contar con sesiones de revisión y supervisión de casos. Estas podrían realizarse cada determinado tiempo junto con todo el equipo de trabajo del Departamento. En estas sesiones no sólo es importante llevar a discusión las dudas metodológicas que se puedan tener; si no también resulta indispensable plantear cualquier inquietud, duda o preocupación personal referente al hecho de trabajar en lo que se trabaja. En el caso de esta Área, el trabajar con personas mayores cuyos problemas personales suelen ser muy delicados, en ocasiones puede llegar a ser muy desgastante física y emocionalmente, por ello es muy importante plantear cualquier perturbación que se sienta y resolverla por medio de los mismos pasos que propone la TRE.

La promoción y difusión del Área

Una forma de promover y difundir el trabajo del Área, es a partir de la realización de conferencias, seminarios, foros de discusión, talleres, distribución de folletos informativos, carteles, etcétera. Los cuáles pueden ir dirigidos a las personas mayores, a sus familiares, a personas interesadas en el tema y a quienes trabajan también con ancianos o que se encuentran en constante contacto con la muerte. Con todo esto no sólo se pretende difundir el servicio que se brinda en esta área; sino que también se espera sensibilizar más a la gente sobre su propia muerte, a concientizarla de que un buen concepto o filosofía de muerte no sólo ayuda a enfrentarla muerte de mejor forma, sino que también permite vivir la vida de manera más plena.

Capacitación de profesionistas

Otra de las tareas que se desempeñarían dentro del Área, es la de la *capacitación* de profesionistas afines e interesados en el tema, como los mismos trabajadores sociales y el cuerpo médico de la institución. El instruirlos en la teoría de la TRE, así como en una mejor concepción de la muerte, puede serles de mucha utilidad no sólo para aplicarlo y promoverlo en su trabajo diario, sino también para mejorar la forma en que abordan su vida personal.

El equipo multidisciplinario

Por último cabe señalar la importancia del trabajo multidisciplinario en esta propuesta. En el principio de este objetivo, planteábamos la necesidad de atender de forma integral al paciente para brindarle un mejor servicio. A continuación se definen las funciones de cada uno de los integrantes del equipo multidisciplinario para abordar la problemática de la muerte en el anciano:

- 1- *Cuerpo médico.* Su función es prescribir los tratamientos adecuados para mejorar las condiciones físicas del paciente, así como aclarar cualquier duda sobre su enfermedad, los procedimientos utilizados, las posibilidades de curación, las expectativas de vida, etcétera. Todo esto con el fin de evitar que el paciente se invente toda una serie de creencias irracionales en torno a los "espacios vacíos" de información, y que posteriormente le provoquen perturbaciones emocionales. Así mismo, es labor del médico, compartir con el psicólogo cualquier información que sea de utilidad para ayudar al paciente. Por último, él puede estar seguro de contar con el psicólogo cuando considere que alguno de sus pacientes necesite intervención psicológica, basta con que se le informe y se concrete una entrevista.
- 2- *Trabajador social.* Su función es orientar y ayudar al paciente a resolver asuntos administrativos con respecto a su enfermedad, su estancia en la Institución, los tratamientos que requiere, algunos aspectos legales y su relación familiar. De esta

manera, el trabajador social puede apoyarnos a aclarar cualquier duda que el paciente pueda tener con respecto a dichos puntos. Así mismo él también puede remitirnos a los pacientes que considere necesitan atención psicológica, proporcionándonos información que sea útil para ayudarlos.

- 3- *Psicólogo.* Nuestra función en el equipo multidisciplinario es proporcionar información que sea útil para tratar de mejor forma a los pacientes. Podemos ayudarlos a atender "casos difíciles" en los que los pacientes no quieran cooperar o ceder a seguir ciertos tratamientos. Al intervenir psicológicamente en ellos, en algunas ocasiones podrán notarse mejoras también en aspectos físicos. De la misma manera también podríamos intervenir para mejorar algunas de las relaciones entre cuerpo médico-paciente, paciente-familiares, y/o paciente-institución.

6.3.2 Recursos

Como podemos observar, la instauración de un Departamento de Atención Psicológica y de un Área de afrontamiento a la muerte en el anciano puede traer muchos beneficios a la Institución pero principalmente a las personas mayores de edad que poco acceso tienen actualmente a este tipo de servicios.

En general lo que se requiere por parte de la Institución es muy poco en comparación con todo el beneficio que puede lograr al abrir estos espacios. Concretamente lo que se necesitaría por su parte para llevar a cabo la propuesta es lo siguiente:

1. Ante todo su autorización y reconocimiento oficial. Lo cual implica formar parte del organigrama del lugar y contar con el reconocimiento de todo el personal que labora ahí para poder trabajar en equipo con todos ellos.
2. Un espacio fijo en el que se pueda trabajar. Obviamente como ya se comentaba anteriormente, lo ideal sería poder contar con una oficina general y algunos cubículos para trabajar; pero considerando que el Departamento iniciaría con una o dos áreas, se podría empezar con una oficina y un cubículo.

3. Difusión. En este ámbito se solicitaría el apoyo del resto del personal hospitalario, especialmente administrativos, para que informaran a los pacientes cuando fueran a consulta que ya se cuenta con el servicio de atención psicológica en el lugar para cuando se les ofrezca. El apoyo con fotocopias para carteles, folletos y material informativo; así como la disposición de un aula o auditorio para realizar conferencias, cursos, seminarios o talleres de vez en cuando serán de gran utilidad para generar interés en las personas.
4. Equipo de trabajo. Contratación de los Psicólogos y estudiantes o pasantes de psicología.

En resumen, considero que los pasos a seguir para poder aplicar esta propuesta son:

1. Plantear el proyecto a las instituciones de salud.
2. Una vez autorizado el proyecto, lo importante es organizar administrativamente, tanto al Departamento, como al Área específica.
3. Promover el servicio por medio de folletos, trípticos, carteles y conferencias. Creo que lo mejor sería que a través de un folleto dirigido a los ancianos se planteara la necesidad que hay de que las personas auto-evalúen su concepción actual de muerte y la forma en que se preparan para su muerte, como medio para vivir y morir de manera más plena. A partir de ellos se podría generar una invitación a conocer más sobre el tema en una conferencia especial. Los Trabajadores Sociales podrían contactar e invitar a sus pacientes ancianos de manera telefónica o por la invitación directa en sus cuartos si es que se encuentran internos. En las conferencias se hablaría sobre la concepción irracional que hay actualmente sobre la muerte y la necesidad de modificarla, así como la importancia de afrontarla y prepararla de la mejor forma para vivir y morir plenamente. Al final de las conferencias se les aplicaría un breve cuestionario que junto con sus datos personales debieran dejar en la recepción e inmediatamente se podrían anotar en una lista las personas interesadas en asistir a terapia. Por medio de los cuestionarios se podría detectar qué personas podrían requerir la atención psicológica y a través de los Trabajadores Sociales se podría llegar a ellos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. Una vez detectadas las personas que lo requieren y registradas las que lo descan, se distribuirían los horarios de atención y se empezaría a trabajar con ellos en sesiones de una hora una vez a la semana.
5. Al mismo tiempo se seguiría haciendo publicidad sobre el servicio y promoción de la nueva filosofía de muerte por medio de seminarios y conferencias.

Como podemos observar, hay muchos puntos por detallar, sin embargo, todas estas ideas pueden ser fuente de trabajos posteriores que ayuden especificar los pormenores del proyecto y así abrir plazas para los psicólogos dentro de las Instituciones de Salud, con el fin de incidir sobre problemáticas tan importantes y necesarias como la que trata esta tesis: la del afrontamiento a la muerte.

CONCLUSIONES

SOBRE LA MUERTE

Una vez revisadas las referencias bibliográficas, llego a la conclusión de que la concepción o filosofía actual que se tiene sobre la muerte es completamente *irracional*. Entendiéndose *irracional* de la manera en que lo plantea Ellis: como aquello que impide, obstaculiza o dificulta a las personas alcanzar sus metas, objetivos y propósitos básicos (Dryden y Ellis, 1989).

Cuando algunos de los propósitos básicos de las personas son el vivir lo más felizmente posible, con el mínimo de problemas o preocupaciones y disfrutando de la vida al máximo; éstos se suelen ver frustrados cuando las personas empiezan a pensar con insistencia en la proximidad de su propia muerte.

Inmediatamente surgen sentimientos de temor, de incertidumbre y angustia por lo que "va a pasar" de manera inevitable. Lo que provoca perturbaciones no sólo a nivel emocional, sino también cognitivo, conductual y hasta físico y social.

Pero, ¿cómo es posible que el "simple" hecho de pensar en la propia muerte pueda generar tantos problemas? No es el hecho de pensar en ella, sino *lo que se piensa de ella*; esa *concepción o filosofía irracional* que tenemos sobre la muerte.

Como ya lo veníamos diciendo, en nuestra sociedad actual la *muerte* es considerada como un defecto, un fallo, un fracaso, un castigo; un hecho *terrible* que irrumpe de manera desastrosa con todo lo que consideramos bueno de la vida, concepción a la que se le conoce como *muerte prohibida* (ver apartado 1.5.5). Esta forma de concebir a la muerte tiene sus bases en la llamada *muerte propia* de la segunda Edad Media, de la cuál se habló en el apartado 1.3.2 de esta tesis, en la que se destaca que el miedo a morir fue incrementando conforme aumentaba la pasión por la vida.

Bajo esta *filosofía irracional de muerte*, es donde se manifiestan todas las actitudes de rechazo y negación contra todo aquello que le recuerde a la persona su propia muerte; incluyendo ritos funerarios, cementerios, ataúdes, cadáveres, y hasta los propios enfermos y ancianos.

En México todo esto se disfraza de una manera "mágica" y "colorida". Siempre se habla mucho de la forma en que el mexicano se "burla" de la muerte. Encontramos toda una serie de ejemplos en los que se le representa y ridiculiza: las *calaveras* escritas, las calaveras de dulce, pan, dulces, grabados, dibujos, pinturas, poemas, canciones, representaciones, etcétera. Pero la realidad es que si se le pregunta a cualquier persona sobre su propia muerte, difícilmente nos contestará con una sonrisa. Tal pareciera que toda esa gracia, ese color, movimiento y música fueran el gran caparazón de un miedo tan profundo que no se desea sacar a la luz.

Desafortunadamente el cubrirnos con un caparazón de fiesta no va a ayudarnos a eliminar ese miedo y cualquier cosa que nos recuerde que nuestro tiempo en este mundo está limitado, nos provocará todas esas perturbaciones de las que ya hablábamos.

Vemos así, que ni tapando el hecho ni burlándonos de él vamos a solucionar nuestra problemática con la muerte. ¿De qué manera eliminar ese miedo tan profundo? ¿de qué manera superar esa angustia?. Sólo a través de un cambio en nuestra concepción o filosofía de muerte podremos lograrlo.

Ahora bien, ¿cuál sería una *filosofía de muerte* más racional?. Ya he hablado un poco de ello en el Anexo 9 y 11 de esta tesis. Pero ahora explicaré las bases teóricas de esa nueva filosofía:

- 1 Para empezar partimos de la definición biológica de muerte que da Thomas: "La muerte biológica consiste en la detención completa y definitiva, es decir irreversible de las funciones vitales, especialmente del cerebro, corazón y pulmones; a la pérdida de la coherencia funcional sigue la abolición progresiva de las unidades tisulares y celulares. La muerte opera, pues, a nivel de la célula, del organismo y, en última instancia, de la persona en su unidad y especificidad" (1991, pág. 21). De esta manera quedamos claros de lo que es la muerte en sí. Como podemos observar no tiene intención, pretención ni valoración especial, simplemente es (ver detalles en apartado 3.1).
- 2 En segundo lugar retomamos los principios de nuestros antepasados mexicanos sobre el concepto de *dualidad* (ver detalles en apartado 2.1), para llegar a lo siguiente: vida y muerte se *complementan*, una lleva a la otra, tan necesaria e importante es la primera como la segunda y a partir de ellas es que se forma un ciclo. En este punto complementamos con lo que dice Thomas la muerte es necesaria e inherente a la

- especie y la naturaleza: ya que sin ella, habría una sobrepoblación de todas las especies del planeta y con ello vendrían consecuencias catastróficas para su eterno existir. Desde este punto de vista, la muerte es fenómeno natural y necesario en todo ser vivo.
3. Ahora bien, considero que de lo que fue la *muerte domada* hay varios aspectos que se pueden retomar, principalmente sobre la forma de “afrontar la muerte”. En ese entonces (a principios de la Edad Media), morir constituía un acto fundamental en la vida del hombre. Desde pequeños se les enseñaba que había de morir con “honor”, con “orgullo” y “dignidad”, y para lograrlo existía todo un ritual en el que se *preparaban para morir* (ver detalles en apartado 1.3.1). Todos deseaban protagonizar con orgullo y decoro tanto los rituales de despedida como el momento de partida, para ser recordados con grandeza tras morir. En ese entonces el proceso de morir y la espera de la muerte representaban una muerte-ejemplo. Complementando esta idea, recordamos a nuestros antecesores mexicanos que valoraban mucho la forma de morir (detalles al final del apartado 2.2). Todo esto nos enseña lo bueno de “preparar la muerte”, para terminar de la mejor forma nuestra estancia en este mundo.
 4. A lo largo de la historia la idea de “morir bien” de la *muerte domada*, se sustituyó por la de “vivir bien” de la *muerte ajena* (apartado 1.4). Yo considero que este punto de la perspectiva es también bastante apropiado, puesto que lo más importante de todo es pasársela bien el tiempo que se esté en este mundo. El vivir bien implica: establecer metas, objetivos y propósitos; hacer todo lo que esté en nuestras manos para cumplirlos (sin caer nunca en las exageraciones); auto-aceptarse incondicionalmente, tener una buena tolerancia a la frustración; vivir con el mínimo de perturbaciones emocionales, físicas y sociales; establecer algunos vínculos sociales; y disfrutar de todo ello. Con lo que reafirmamos que el mayor objetivo de nuestra existencia es vivirla de la mejor forma posible.
 5. En cuanto a algunos de los ritos mexicanos en torno a la muerte, me parece importante destacar aquellos que permiten a las personas acercarse a ella de la forma en que describe Sádaba: a través de un lenguaje que la sabe tratar con dulzura sin llegar a vanalizarla (1991). Es decir, acercarnos a ella respetándola.
 6. Y por último, a lo largo de la historia de la humanidad hemos visto cómo tanto la *esperanza* y como la *fe* han ayudado a las personas a sobreponerse a la muerte de otros

y a enfrentarse a la propia muerte. Por ello considero importante su fortalecimiento y mantenimiento (ya sea en uno mismo, en Dios, en alguna religión, alguna creencia particular).

Recapitulando: una concepción o filosofía realista de muerte abarcaría una definición biológica de la misma; una percepción de complementariedad entre vida y muerte; una propuesta para "preparar la muerte"; una orientación para vivir "bien"; una forma especial de acercarse a ella, y el mantenimiento de la esperanza y la fe.

Se perfectamente que las formas de concebir la muerte de las que antes hablábamos (muerte domada, ajena, propia y prohibida), se fueron desarrollando a partir de toda una serie de circunstancias sociales y acontecimientos históricos de la humanidad, por lo que tuvieron que pasar muchos años para que se fueran consolidando, y de hecho en ningún momento han dejado de existir, sólo que cada una destacó más en alguna determinada época.

Dado lo anterior comprendo que generar un cambio en la concepción actual de muerte es algo muy difícil de realizar, sin embargo, creo que siempre ha de empezarse por algo, y estas, al fin y al cabo son sólo ideas que bien pueden irse debatiendo, comprobando, refutando y complementando conforme se realice más investigación al respecto.

SOBRE LA VEJEZ

En la antigüedad, los ancianos no sólo eran las personas más viejas de las poblaciones, sino que eran los portadores de toda la experiencia que habían heredado de sus antecesores. Constituían la base de las comunidades, funcionando como guía y autoridad para con los otros. A ellos se les consultaban los problemas difíciles y eran los encargados de tomar decisiones importantes. Se confiaba plenamente en ellos, se les respetaba, admiraba, cuidaba y veneraba.

Ahora todo es distinto. No sólo la sociedad rechaza a los ancianos por considerarlos incapaces de realizar ciertas actividades, sino que también ellos mismos suelen "creerse" esa idea de discapacidad o límite y se dejan caer en un estado de pesimismo y apatía sin hacer nada para salir de él

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Más que una etapa de *declive*, considero que la vejez puede ser vista como una etapa de *crecimiento, desarrollo y aprendizaje* personal; ya que constituye el momento de aplicar todas las experiencias que ha tenido a lo largo de su existencia, para conseguir una meta muy importante: concluir su propia vida de la mejor forma posible.

Es verdad que con el paso de los años, el cuerpo se desgasta y con él ciertas capacidades y posibilidades de la persona. Sin embargo, no todas ellas se ven siempre afectadas al grado que la gente piensa.

La salud física del anciano no siempre tiene que ser mala. Con cuidados adecuados en la alimentación, el ejercicio, y convenientes estilos de vida, las personas mayores pueden en muchas de las ocasiones gozar de buena salud y evitar o suavizar enfermedades comunes de la edad.

Ya veíamos en el apartado 4.4 que sí existen pérdidas significativas en algunas de las capacidades intelectuales de las personas, como la memoria, el aprendizaje y la resolución de problemas; pero también se veía que muchas de estas pérdidas se pueden prever con ejercicios especiales y una orientación adecuada. Es cuestión de prestarle atención al anciano para reducir al mínimo el deterioro de sus capacidades intelectuales.

En la mayoría de las ocasiones ni siquiera los propios ancianos son conscientes de todo lo que son capaces de hacer y lograr con el simple hecho de proponérselo, intentarlo y solicitar ayuda cuando sea necesario.

La práctica y desarrollo de las funciones intelectuales, así como el cuidado de la salud física, abren las oportunidades del anciano de una manera sorprendente. Entonces no sólo puede dedicarse a actividades "sencillas" dentro del hogar para "ocupar" su tiempo; sino que también puede involucrarse en actividades que requieran más esfuerzo personal y que al mismo tiempo le traigan más satisfacciones como persona.

En realidad no sólo tiene que "hacer" o "producir" algo, de hecho puede "aprender" mucho también. Algunas personas mayores encuentran satisfacción en concluir estudios que habían pospuesto, en aprender algún nuevo oficio o desarrollar alguna cualidad artística, es cuestión de querer y probar, de no cerrarse las puertas ellos mismos simplemente porque la sociedad lo hace.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La actividad y el interés por las cosas le hacen sentir todavía "parte de" este mundo, da un significado especial a su vida y fortalece un pensamiento positivo ante las cosas. Factor de mucha utilidad a la hora de trabajar sobre la muerte.

El anciano todavía tiene mucho que aprender y qué enseñar a los demás, cuando esto le quede claro a él y a la sociedad en general, se eliminará ese prejuicio que existe contra los ancianos y se le regresará el lugar de ejemplo que le pertenece dentro de ella.

Lo importante es reconocer que la vejez es una etapa en la que no todo está perdido; en la que todavía es capaz la persona de crecer, desarrollarse y sentirse bien consigo mismo y con la sociedad. Que todavía tiene mucho que ofrecer si le ponemos atención, si le ayudamos y escuchamos todo lo que tiene que decir. Recordemos que al fin y al cabo, así como vivimos para morir, también vivimos para en el algún momento ser viejos, y dependiendo de cómo llevemos nuestra vida, serán las oportunidades que nosotros mismos abramos o cerremos para nuestro futuro.

SOBRE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

Ya dentro de la propuesta de intervención mencionábamos las ventajas de utilizar la TRE para incidir sobre esta problemática. Lo más importante de todo ello es la posibilidad de cambiar las concepciones irracionales de muerte por otras más racionales en los ancianos a través de ella.

Sin embargo el trabajo de la TRE puede ir todavía más allá de esto. En realidad puede utilizarse para complementar el tratamiento al aplicarse a todas las dificultades derivadas de la problemática inicial; como por ejemplo:

- Para resolver los "asuntos inconclusos", donde C serían las perturbaciones emocionales negativas con respecto a algún hecho pasado, como por ejemplo: "un fuerte *rencor* contra una persona que me hizo mucho daño". A sería lo que sucedió en el pasado como: "fulanito nunca me ayudó cuando lo necesité"; e iB serían las creencias irracionales con respecto a ese hecho pasado como: "él *debía* haberme apoyado cuando yo se lo pedí", "como no me ayudó en ese momento es una pésima persona", etcétera

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

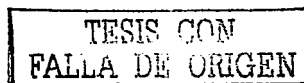
Esto también puede ayudar a combatir sentimientos de culpa, de odio y resentimiento por cosas que pasaron o no sucedieron como "debieron" ser.

- Para atender las etapas de aceptación de la muerte como las describe Kübler Ross; donde por ejemplo: C podrían ser los sentimientos de ira, odio y coraje contra la demás gente; A podría ser la presencia de personas sanas; e iB serían creencias irracionales como: "¿por qué él no está enfermo y yo sí?", yo no *debería* estar enfermo. En este caso me parece importante señalar, que esta forma de intervención en las etapas de aceptación de muerte va un poco en contra de lo que propone Kubler-Ross. Ella sugiere simplemente la compañía adecuada como medio para apoyar al moribundo. Sin embargo yo considero que en algunas ocasiones, esto no resulta lo más conveniente, principalmente cuando el tiempo que le queda a la persona es relativamente más corto, porque bien sabemos que por medio de una atención no directiva, el individuo puede tardarse mucho en "caer en cuenta" de las cosas que le están haciendo mal y aún más en resolverlas. Por medio de la TRE este proceso se podría facilitar y agilizar un poco, para ayudarle al anciano a sentir esa paz que tanto necesita al encontrarse en una enfermedad terminal.

Lo que resulta muy importante de esta terapia, es que la persona que la dirija debe ser especialista y tener experiencia en esta área. Nunca debemos perder de vista que trabajamos con una parte muy delicada en la existencia de las personas y que cualquier descuido o negligencia puede traer muy malas consecuencias para las personas que reciben el tratamiento. Ante todo, estamos frente a personas muy sensibles y vulnerables, ellos confían en nosotros, lo menos que podemos ofrecerles es un trabajo con entrega, responsabilidad e integridad.

SOBRE LA PROPUESTA

Dentro de la primera parte de la propuesta, es decir, lo concerniente al Objetivo 1, podemos encontrar una explicación muy detallada de la forma en que se puede llevar a cabo la intervención psicológica por medio de la TRE.



Las adaptaciones a los cuestionarios de valoración que se proponen, permiten conocer más sobre el cliente, pero sobre todo, enfatizan y se centran inmediatamente en la problemática de la muerte, lo que seguramente facilitará y agilizará el trabajo.

La clasificación de *ideas perturbadoras sobre la muerte* y la argumentación filosófico-científica que se propone para cada una de ellas, no sólo facilita la discusión (D), sino que también empieza a encaminar al cliente a una nueva filosofía más racional de muerte que le permitirá disminuir sus perturbaciones emocionales con respecto a ella.

Y por último: la "preparación de la muerte" ayudará al cliente a mejorar su concepción sobre ella, a vivir de mejor forma su vida, a dejar todo, lo más parecido a como quisiera que se quedaran las cosas al partir, y a morir de una forma pacífica y digna.

Cabe destacar que esta propuesta da pie a posteriores estudios que permitan ampliar el campo de intervención e investigación de la TRE, con el fin de consolidar cada vez más sus bases y conocer mejores formas de aplicación de la misma.

Dentro de la segunda parte de la propuesta, es decir, del Objetivo 2, se plantean las bases para incidir sobre la problemática en un lugar de mucha demanda social, como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y especialmente el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN). Sin embargo, la propuesta está para aplicarse no sólo en las instancias de salud pública, sino también en las privadas, con el fin de difundir este tipo de atención lo más que se pueda.

Esta propuesta de intervención también permite fomentar y promocionar el trabajo que realiza el psicólogo para dar término a las falsas creencias que la gente tiene sobre nosotros. Dando pie a la creación de una cultura preventiva de las perturbaciones emocionales a través de la Psicología.

La inclusión del psicólogo dentro de las instituciones de salud también promueve el desarrollo de un equipo multidisciplinario cada vez más amplio que permita atender a las personas de una forma más integral.

Por medio de esta propuesta de intervención, aparte de mejorar sus condiciones emocionales, el anciano hará uso y ejercitará sus capacidades intelectuales. Desarrollará una filosofía realista de muerte que le convertirá en ejemplo dentro de la sociedad de cómo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

es mejor vivir los últimos días de vida y hacer cara a la muerte de una manera más plena y digna. Podrá compartir sus conocimientos con la gente que le rodea y así podrá reafirmar sus nuevas creencias racionales adquiridas.

Esto, junto con la difusión por parte de las instituciones de salud, harán posibles la promoción de la nueva filosofía racional de muerte, en los diferentes sectores de la población, quienes al interesarse al respecto, encontrarán en el anciano a un ejemplo a seguir, alguien de quien se pueda aprender. De esta manera, en lugar de que sólo se le de ánimos al que muere, el que muere podrá dar ánimos a los que viven.

Valga la presente tesis como base para posteriores investigaciones que permitan:

- Profundizar sobre la "problemática" de la muerte en el anciano: como realizar entrevistas a profundidad con ancianos para conocer cuáles son las ideas irracionales más comunes al respecto, cómo fue que llegaron a ellas, cómo es que las mantienen, etcétera, con el fin de generar mejores estrategias para intervenir en ello y también generar datos estadísticos que ayuden a crear un marco de referencia cuantitativo en cuanto al tema.
- Explorar aún más sobre los alcances tanto teóricos como prácticos de la Terapia Racional-Emotiva, creando estudios que permitan comprobar, comparar y debatir la efectividad de ciertas técnicas y estilos terapéuticos.
- Conocer más sobre el impacto de este tipo de trabajo psicológico dentro de las Instituciones de Salud, evaluando la demanda del servicio y sus resultados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alizade, A. M. (1996). Clinica con la muerte. Argentina: Talleres Gráficos Color Efe.
- Andolfi, M. (1985). Terapia familiar. Buenos Aires: Paidós.
- Arellano H., A.; Ayala F. M.; De la Fuente, B.; De la Garza, M.; Olmedo V., B. y Staines C., L. (1997) Los mayas del periodo clásico. México: Editorial Jaca Book spa, Milano y Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Barba de Piña C., B. (1997). Sala de China. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes e INAH.
- Benavides C., A., De la Garza, M., Matos M., E., Nalda, E. y Staines C., L. (1998). Los últimos reinos mayas. México: Editoriale Jaca Book spa, Milano y Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Blanck, F y Cerejido, M. (1997). La muerte y sus ventajas. México: Fondo de Cultura Económica.
- Blanck-C F. (1999). Psicología del envejecimiento. En: Aréchiga, H. y Cerejido, M. El envejecimiento: sus desafíos y esperanzas. México: Siglo XXI. p.p.41-65.
- Brewer, S (1998) El cuerpo humano. México: Casa Autrey y Consejo Nacional para la Cultura y las Artes
- Cabodevilla, I. (1999). Vivir y morir conscientemente. España: Desclée de Brouwer, S.A.
- Canseco V., J. (1995a) Mesopotamia. México: Miguel Ángel Porrúa.

- Canseco V., J. (1995b). El antiguo Egipto. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Cárdenas, J. (1972). Antología de poesía latinoamericana. México: Editores Mexicanos Unidos.
- Duverger, C. (1999). Mesoamérica. Francia: Landucci Editores y Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Cofer, Ch. N. (1997). Motivación y emoción. México: Limusa.
- Coon, D. (2001). Fundamentos de psicología. México: Thomson.
- Daco, P. (1986). La nueva Psicología, sus sorprendentes caminos. México: Panamá Editorial.
- Dryden, W. y Ellis, A. (1989). Práctica de la Terapia Racional Emotiva. España: Descleé de Brouwer.
- Elias, N. (1989). La soledad de los moribundos. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ellis, A. (1980). Superación de la ansiedad sobre la muerte. En: Ellis, A. y Abrahams, E. Terapia Racional-Emotiva (TRE). Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad. México: PAX México. p.p. 102-111.
- Ellis, A. y Abrahams, E. (1980). Terapia Racional-Emotiva (TRE). Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad. México: PAX México.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1981). Manual de terapia racional-emotiva. Bilbao: Descleé de Brouwer S.A.

Enriquez F., E. (octubre-noviembre 2000) "Vida y muerte de los antiguos mexicanos. Entrevista con el arqueólogo Eduardo Matos Moctezuma". Tierra Adentro. No. 106, p. 9-16.

Enciclopedia Microsoft® Encarta® 98 © 1993-1997 Microsoft Corporation.

Enciclopedia Microsoft® Encarta® 2000. © 1993-1999 Microsoft Corporation.

Enciclopedia® Microsoft® Encarta 2001. © 1993-2000 Microsoft Corporation.

García D., A. (1995). La India: vasto escenario de culturas. México: Miguel Ángel Porrúa.

García L., J. (1977). La jubilación considerada como un paso que aproxima a la ancianidad. En: Publicación de Gerontología y Geriatria. Gobierno del Estado de México.

Hinton, J. (1976). Experiencias sobre el morir. Barcelona: Ariel.

Heller, A. (1980). Teoría de los sentimientos. España: Fontamara.

Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM) (1977). Madurez. Publicación de Gerontología y Geriatria. Gobierno del Estado de México.

Kalish, R. A. (1996). La vejez. Perspectivas sobre el desarrollo humano. Madrid: Pirámide.

Kastenbaum, R. (1980). Vejez. Años de plenitud. México: Harper & Row Latinoamericana.

Kastenbaum, R. (1984). Entre la vida y la muerte. Barcelona: Herder.

Kübler-R., E. (1993). Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Grijalbo.

- Laforest, J. (1991). Introducción a la gerontología. El arte de envejecer. Barcelona: Herder.
- Lozano A., R. y Frenk M., J. (1999). Aspectos Sociomédicos del Envejecimiento. En: Aréchiga, H. y Cerejido, M. El envejecimiento: sus desafíos y esperanzas. México: Siglo XXI Editores S.A. de C.V. p.p 90-112.
- Mannoni, M. (1991). Lo nombrado y lo innombrable. La última palabra de la vida. Argentina: Nueva Visión.
- Martínez A., R. M. (1995a). Cultura y civilización de la Grecia antigua. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Martínez A., R. M. (1995b). Cultura y civilización de la Roma antigua. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Matos M., E. (1989). Los aztecas. Barcelona: Lunwerg Editores S. A.
- McKeever, S. (1997). La antigua Roma. México: CITEM y Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Menéndez, E. L. (1993). Familia, participación social y proceso de salud/enfermedad/atención. Anotaciones desde las perspectivas de la antropología médica. En: Denman, C. A.; Escobar, A.; Infante, C.; Mercado, F. J. y Robles, L. Familia, salud y sociedad. Experiencias de investigación en México. México: Universidad de Guadalajara. p.p.131-161.
- Meyer, J. (1983). Angustia y conciliación de la muerte en nuestro tiempo. Barcelona: Herder.
- Mishara, B. L. y Riedel, R. G. (1986). El proceso de envejecimiento. Madrid: Morata.

- Moragas M., R. (1991). Gerontología Social. Barcelona: Herder.
- Morris, C. (1992). Introducción a la Psicología. México: Prentice Hall.
- Ochoa, L. (2001) Gran Historia de México Ilustrada. México: Planeta Mexicana.
- Pascual O., L. M. y Ballester A., R. (1997). La práctica de la psicología de la salud. Programas de intervención. Valencia: Promolibro.
- Pech C., J. (octubre-noviembre 2000). "El alborozo de la muerte en la obra de Francisco Toledo". Tierra adentro. No. 106 p.p. 22-24.
- Rage A., E. J. (1997). Ciclo vital de la pareja y la familia. México: Plaza Valdez Editores.
- Robles G., N. M. (2000). "Monte Albán y los zapotecos". Pasajes de la Historia. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes y México Desconocido. No. III.
- Rodríguez, J. I. (octubre-noviembre 2000). "La muerte y los muertos en el arte reciente mexicano". Tierra adentro. México. No. 106. p.p. 45-52.
- Ross, B. (1984). ¿La historia de siempre? Perspectiva histórica. En: Kastenbaum. Entre la vida y la muerte. Barcelona: Herder. p.p. 51-67.
- Rowe, D. (1997). Vivir la vida. Barcelona: Paidós.
- Rubial G., A. (1999). La Nueva España. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Rulfo, J. (1975). Pedro Páramo y El llano en Llamas. México: Popular.
- Sádaba, J. (1991). Saber morir. Madrid: Libertarias/Prodhofi S.A.

- Sarabia G., A. F. y Hernández H., D. E. (2001). Las reacciones psicológicas ante la enfermedad-muerte en pacientes terminales". Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala.
- Solis, F. y Gallegos, A. (2000). "El reino de Moctezuma". Pasajes de la Historia. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes y México Desconocido. No. I.
- Solis, F. y Pohorilenko, A. (2000). "Los señoríos de la costa del Golfo". Pasajes de la Historia. México: CONACULTA y México Desconocido. No.V.
- Steedman, S. (1997) El antiguo Egipto. México: CITEM y Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Tierra Adentro (octubre-noviembre 2000). La muerte. México: Autor. No.106. p. 3.
- Thomas, L. (1991). La muerte. España: Paidós.
- Turok, M. (octubre-noviembre 2000). "Entre calacas, calaveras y ofrendas. Ritualidad y recreación en las festividades del día de muertos". Tierra Adentro. Pág. 33-37. no. 106.
- Valverde, M. Del C. (2000). Los mayas. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Wilkinson, P. (1998). Historia Mundial. México: Casa Autrey y Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Zarauz L., H. L. (2000). La fiesta de la muerte. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Zoraida V., J. (2001). Gran Historia de México Ilustrada: El nacimiento de México 1750-1856. México: Planeta, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes e INAH.

ANEXOS

ANEXO I

CUESTIONARIO TRE DE AUTOAYUDA

Institute for Rational-Emotive Therapy
45 East 65th Street, New York, N.Y. 10021
(212) 535-0822

(A) ACONTECIMIENTOS ACTIVADORES, pensamientos, o sentimientos que aparecen justo antes de que me sienta perturbado emocionalmente o de que actúe auto castigándome:.....

(C) CONSECUENCIA O CONDICION, sentimiento perturbador o conducta auto castigadora que tengo y me gustaría cambiar:

(B) CREENCIAS IRRACIONALES que conducen a mi CONSECUENCIA (perturbación emocional o conducta auto castigadora). Redee con un círculo todas las que se refieran a estos acontecimientos ACTIVADORES (A)

(D) REFUTACIONES para cada CREENCIA IRRACIONAL elegida. Ejemplos: "¿Por qué DEBO hacerlo muy bien?" "¿Dónde está escrito que soy una MALA PERSONA?" "¿Qué evidencia hay de que DEBO ser aceptado?"

(E) CREENCIAS RACIONALES EFECTIVAS para sustituir mis CREENCIAS IRRACIONALES. Ejemplos: "PREFERIRIA hacerlo muy bien pero no TENGO porque" "Soy una PERSONA que actúa mal, no una MALA PERSONA" "No hay evidencia de que yo TENGA QUE ser aceptado, aunque me GUSTARIA"

1. ¿DEBO hacerlo bien o muy bien!

2. Soy una PERSONA MALA Y SIN VALOR cuando actúo de forma estúpida.

3. ¿DEBO ser aceptado por la gente que considero importante!

4. Soy una PERSONA MALA E INDESEABLE cuando me rechazan.

5. ¿La gente DEBE tratarme bien y darme lo que NECESITO!

6. ¿Las personas que actúan inmoral e indignamente son PERSONAS CORROMPIDAS!

7. ¿La gente DEBE vivir con arreglo a mis expectativas porque si no sería TERRIBLE!

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

8. En mi vida DEBO tener los menos problemas posibles.

9. ¡NO PUEDO SOPORTAR cosas malas o gente difícil!

10. ¡Es TERRIBLE cuando las cosas importantes no salen como quiero!

11. ¡NO PUEDO SOPORTAR que la vida sea tan dura!

12. ¡NECESITO que me quiera alguien que se preocupe mucho por mí!

13. ¡NECESITO mucha gratificación inmediata y TENGO QUE sentirme un miserable cuando no lo consigo!

Otras Creencias irracionales

14.

15.

16.

17.

18.

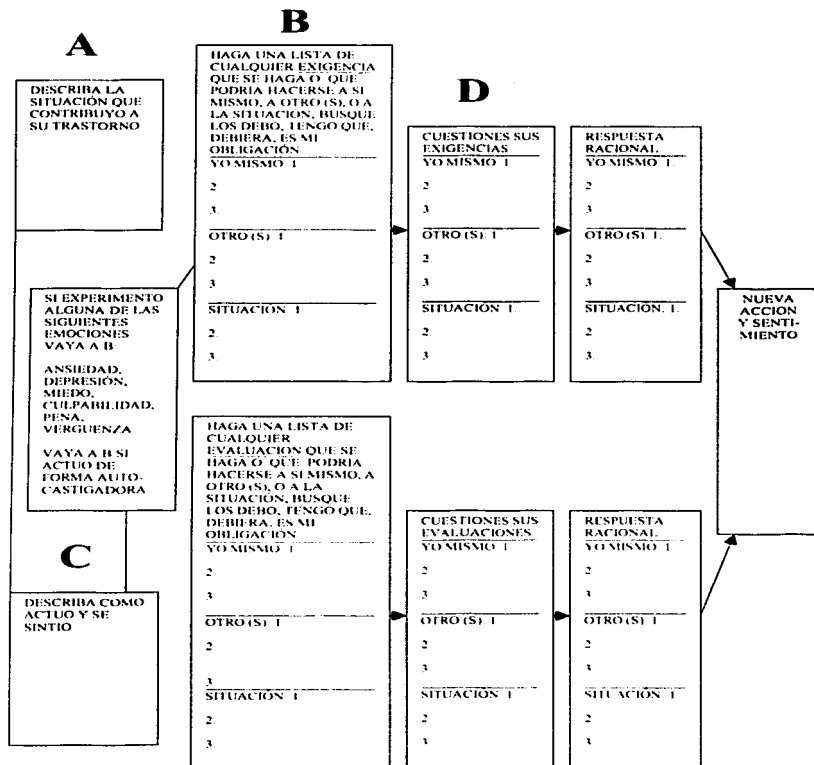
19.

(F) SENTIMIENTOS Y CONDUCTAS que he experimentado después de haber llegado a mis CREENCIAS RACIONALES EFECTIVAS:

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

REPETIRE MUCHAS VECES MIS CREENCIAS RACIONALES EFECTIVAS, PORQUE ASI TENDRE MENOS PERTURBACIONES Y ME COMPORTARE DE FORMA MENOS AUTO-CASTIGADORA EN EL FUTURO.

UNA GUIA PARA SOLUCIONAR SUS PROBLEMAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES, REEXAMINANDO SUS PENSAMIENTOS Y ACTITUDES AUTO-CASTIGADORAS.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO II

CUESTIONARIO DE AUTOAYUDA RACIONAL

© 1976 por el Institute for Rational Living Inc., 45 East Street, New York, N. Y. 10021

(A) EXPERIENCIAS (O ACONTECIMIENTOS) ACTIVANTES

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(B) CREENCIAS SOBRE SUS EXPERIENCIAS ACTIVANTES

(riB) Creencias racionales (lo que quiere o desea)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(C) CONSECUENCIAS DE SUS CREENCIAS SOBRE EXPERIENCIAS ACTIVANTES

(deC) Consecuencias emocionales deseables (sentimientos malos apropiados)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(dBC) Consecuencias conductuales deseables (comportamientos deseables)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(irB) Creencias irracionales (sus demandas o exigencias)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(ueC) Consecuencias emocionales indeseables (sentimientos inapropiados)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(ubC) Consecuencias conductuales indeseables (comportamientos indeseables)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(D) DISCUTA O DEBATA SUS CREENCIAS IRRACIONALES (Expréselo en forma de preguntas)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(E) EFECTOS DE DISCUTIR O DEBATIR SUS CREENCIAS IRRACIONALES

e E Efectos cognosetivos de discutir (simular a creencias racionales)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

e E Efectos emocionales (sentimientos adecuados)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

b E Efectos conductuales (comportamientos deseables)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CUESTIONARIO DE AUTOAYUDA RACIONAL

© 1976 por el Instituto for Rational Living Inc., 45 East 65th Street, New York, N. Y. 10021

1. SEGUIMIENTO. ¿En qué nuevas METAS me gustaría trabajar ahora?.....

¿Qué nuevas ACCIONES específicas me gustaría emprender ahora?

2.¿Cuánto tardó Usted, después de sentir o de notar las CONSECUENCIAS emocionales indeseables (ueC) o las CONSECUENCIAS CONDUCTUALES INDESEABLES (ubC) de sus CREENCIAS irracionales (i B), en buscar dichas (i B) y DISCUTIRLAS?.....

¿Cuán vigorosamente las discutió?

Si no las discutió, ¿por qué no lo hizo?

3. Enumere las ASIGNACIONES DE TAREAS específicas hechas por su terapeuta, por su grupo o por usted mismo.

4. ¿Qué hizo realmente para cumplir las tareas?

5. ¿Cuántas veces ha trabajado usted realmente en sus tareas durante la última semana?.....

6. ¿Cuántas veces ha trabajado usted realmente en DISCUTIR sus CREENCIAS irracionales durante la última semana?.....

7. Indique las cosas que le gustaría discutir ahora con su terapeuta o con su grupo.

ANEXO III

**Centro de Consulta
Institute for Rational-Emotive Therapy
45 East 65th Street New York N.Y. 10021**

Cuestionario de Información biográfica

Instrucciones. Por favor rellene este cuestionario con la mayor sinceridad posible. Puede estar seguro de que, lo que en él escriba, así como todo lo que diga en el Instituto, será mantenido en el más estricto secreto, y no se le permitirá a nadie de fuera ver su caso sin su consentimiento por escrito. **POR FAVOR MECANOGRAFIE O IMPRIMA SUS RESPUESTAS.**

1. Fecha de nacimiento: Edad: Sexo: H..... M.....
Día Mes Año
2. Dirección:
Calle Número Población Provincia
3. Teléfono domicilio: Teléfono trabajo:.....
4. Dirección permanente (si es distinta de la anterior):
5. ¿Quién le remitió al instituto? (elijá una)
(1) Yo mismo (2) Centro de estudios o profesor (3) Psicólogo o Psiquiatra
(4) Asistente Social (5) Hospital o clínica (6) Médico de cabecera
(7) Amigo (8) Pariente (9) Otros (especifique quién).....
¿Ha estado él/ella aquí? Sí..... No.....
6. Estado Civil:
(1) Soltero (2) Casado por primera vez (3) Casado por 2ª vez (o más veces)
(4) Separado (5) Divorciado y sin volverme a casar (6) Viudo y sin volverme a casar
Años de casado/a con el actual esposo/a: Años de los hijos:.....
Años de las hijas:.....
7. Años de escolarización o de estudios (rodee el número de años):
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 más de 20
8. ¿Es usted religioso? (rodee el número de la escala que más se aproxima a su grado de religiosidad):
Mucho Medio Ateo
1 2 3 4 5 6 7 8 9
9. Edad de la madre: Si ha muerto ¿qué edad tenía usted cuando ocurrió?.....
10. Edad del padre: Si ha muerto ¿qué edad tenía usted cuando ocurrió?.....
11. Si sus padres están separados, ¿qué edad tenía cuando ocurrió?
12. Si sus padres están divorciados, ¿qué edad tenía cuando ocurrió?
13. Número de divorcios de su madre Número de divorcios de su padre
14. Número de hermanos vivos Número de hermanas vivas
15. Edades de los hermanos vivos de las hermanas vivas
16. Yo soy el hijo número de una familia de hijos
17. ¿Es usted adoptado? Sí..... No.....

- 18. ¿Qué tratamiento ha recibido anteriormente para sus problemas emocionales?
Horas de Terapia individual durante años, terminó hace años.
- 19. Horas de Terapia de Grupo Meses de hospitalización psiquiátrica
- 20. ¿Actualmente sigue tratamiento en algún otro sitio? Si..... No.....
- 21. Número de veces que ha tomado antidepresivos el año pasado
- 22. Tipo de psicoterapia que ha recibido principalmente (describa brevemente el método de tratamiento –ejemplo: Análisis de sueños, asociación libre, drogas, hipnosis, etcétera).
.....
.....

23. Haga una breve lista de los principales problemas, síntomas y quejas actuales:
.....
.....

24. Haga una breve lista de cualquier problema, síntoma o queja adicional pasada:
.....
.....

25. ¿Bajo qué circunstancias empeoran sus problemas?
.....
.....

26. ¿Bajo qué circunstancias mejoran?
.....
.....

27. Haga una lista de las cosas que más le gustan hacer, la clase de cosas o personas que le proporcionan placer:
.....
.....

28. Haga una lista de sus virtudes y aspectos positivos:
.....
.....

29. Haga una lista de sus defectos:
.....
.....

30. Haga una lista de sus dificultades sociales más importantes:
.....
.....

31. Haga una lista de sus principales dificultades amorosas y sexuales:
.....
.....

32. Haga una lista de sus principales dificultades en el trabajo o escuela:

.....
.....

33. Haga una lista de sus principales metas en la vida:

.....
.....

34. Haga una lista de las cosas que más le gustaría cambiar de sí mismo:

.....
.....

35. Haga una lista de sus principales dolencias, enfermedades, quejas o handicaps físicos:

.....
.....

36. ¿Para qué trabajo está especialmente preparado?

Trabajo actual: Dedicación total Dedicación parcial

37. Profesión del cónyuge..... Dedicación total Dedicación parcial

38. Profesión de la madre Profesión del padre

39. Religión de la madre Religión del padre

40. Si sus padres no le criaron cuando era pequeño, ¿quién lo hizo?

41. Describa brevemente qué clase de persona era su madre (o madrastra o la persona que sustituyó a su madre) cuando usted era niño y cómo lo pasaba con ella:

.....
.....

42. Describa brevemente qué clase de persona era su padre (o padrastro o la persona que sustituyó a su padre) cuando usted era niño y cómo lo pasaba con él:

.....
.....

43. Si hay algo especialmente perturbador en su relación con cualquiera de sus hermanos, descríballo brevemente:

.....
.....

44. Si hay algo especialmente perturbador en su relación con cualquiera de sus hermanas, descríballo brevemente:

.....
.....

45. Número de parientes cercanos varones que han tenido perturbaciones emocionales serias..... ¿Cuántos han sido hospitalizados por tratamiento psiquiátrico, o intento de suicidio, o intento de suicidio? Número de parientes cercanos mujeres que han tenido perturbaciones emocionales serias:..... ¿Cuántas han sido hospitalizadas por tratamiento psiquiátrico o intento de suicidio?

46. Añada cualquier información que crea que puede ser útil:

.....
.....

ANEXO IV

Centro de Consulta
Institute for Rational-Emotive Therapy
 45 East 65th Street, New York, N.Y. 10021
Formulario de datos de Personalidad-Parte 1

Instrucciones: Por favor responda a las siguientes preguntas con sinceridad, para que podamos ayudarle en sus problemas lo más posible. Lea cada ítem y después rodee con un círculo una de las palabras A MENUDO, ALGUNAS VECES, O RARA VEZ, para indicar con qué frecuencia siente usted lo que se describe en el ítem. Por ejemplo, si usted se siente con frecuencia bastante avergonzado cuando comete un error en presencia de otras personas, rodee con un círculo la palabra A MENUDO en el ítem 1; y si usted rara vez o casi nunca siente vergüenza de hacer las cosas que desea si piensa que otros lo van a desaprobador, rodee con un círculo la palabra RARA VEZ en el ítem 2. por favor, asegúrese de que rodea una y sólo una palabra en cada ítem. RESPONDA A TODOS LOS ÍTEMS y no deje ninguno en blanco. Y le rogamos, de nuevo, por su propio bien, que sea lo más sincero posible.

Aceptación

- | | | | |
|-----|--|---------------|----------|
| 1. | Me siento bastante tonto o avergonzado cuando cometo un error, en presencia de otras personas | | |
| | A MENUDO | ALGUNAS VECES | RARA VEZ |
| 2. | Siento vergüenza de hacer las cosas que deseo si pienso que otros lo van a desaprobador. | | |
| | A MENUDO | ALGUNAS VECES | RARA VEZ |
| 3. | Me siento humillado cuando la gente descubre algo indeseable en mi familia o en mi pasado. | | |
| | A MENUDO | ALGUNAS VECES | RARA VEZ |
| 4. | Me siento inferior si mi casa, coche, finanzas u otras posesiones no son tan buenas como las de los demás. | | |
| | A MENUDO | ALGUNAS VECES | RARA VEZ |
| 5. | Me siento bastante incómodo cuando soy el centro de atención. | | |
| | A MENUDO | ALGUNAS VECES | RARA VEZ |
| 6. | Me siento bastante herido cuando me critica negativamente alguien a quien respeto. | | |
| | A MENUDO | ALGUNAS VECES | RARA VEZ |
| 7. | Me siento inseguro de mi apariencia o de la forma en que voy vestido cuando estoy en público. | | |
| | A MENUDO | ALGUNAS VECES | RARA VEZ |
| 8. | Creo que si la gente llegara a conocerme bien descubrirían lo malo que soy en realidad. | | |
| | A MENUDO | ALGUNAS VECES | RARA VEZ |
| 9. | Me siento terriblemente solo. | | |
| | A MENUDO | ALGUNAS VECES | RARA VEZ |
| 10. | Creo que debo tener la aprobación o el amor de ciertas personas que son importantes para mí. | | |
| | A MENUDO | ALGUNAS VECES | RARA VEZ |
| 11. | Soy dependiente de los demás y me siento un miserable si no puedo conseguir su ayuda. | | |
| | A MENUDO | ALGUNAS VECES | RARA VEZ |

Frustración

- 12. Me siento desconcertado cuando las cosas van lentas y no se resuelven rápidamente.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
- 13. Me apetece retrasar las cosas aunque sé que es mejor para mí hacerlas.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
- 14. Me deprimen los inconvenientes y frustraciones de la vida.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
- 15. Me enfado bastante cuando alguien me hace esperar.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
- 16. Tengo celos de la gente que es mejor que yo.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
- 17. Me siento terriblemente resentido con las personas que no hacen lo que les mando o no me dan lo que quiero.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
- 18. Siento que no puedo soportar a la gente que actúa estúpida y deshonestamente, y que esta gente debe cambiar.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
- 19. Siento que no puedo tener mucha responsabilidad.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
- 20. Me resiento cada vez que tengo que hacer un esfuerzo para conseguir lo que quiero.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
- 21. Me compadezco cuando las cosas van mal.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
- 22. Me siento incapaz de terminar lo que empiezo, especialmente cuando el camino es duro.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
- 23. La mayoría de las cosas me aburren y no me motivan.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
- 24. Siento que no puedo educarme a mí mismo.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ

Injusticia

- 25. Siento deseos de vengarme de la gente por las cosas malas que han hecho.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
- 26. Siento fuertes deseos de reprender a la gente inmoral o que hace las cosas mal.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
- 27. Me entristecen las injusticias del mundo y creo que los que las mantienen deberían ser castigados severamente.

Logro

- 28. Me culpo por lo poco que hago.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
- 29. Siento mucha vergüenza cuando fallo en cosas importantes.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
- 30. Siento ansiedad cuando tengo que tomar decisiones importantes.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
- 31. Tengo miedo de arriesgarme o de intentar cosas nuevas.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ

Valía

32. Me siento culpable de mis acciones o pensamientos.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
33. Siento que tengo muy poco valor como persona.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
34. Tengo ganas de suicidarme
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
35. Tengo ganas de llorar.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
36. Siento que cedo ante los demás con mucha facilidad.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
37. No tengo ninguna esperanza de poder cambiar mi personalidad a mejor.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
38. Me siento bastante estúpido. Siento que mi vida no tiene sentido.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ

Control

39. Siento que no puedo divertirme hoy a causa de mi pobre vida.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
40. Siento que como he fallado en cosas importantes en el pasado, inevitablemente continuaré fallando en el futuro.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
41. Odio a mis padres por haberme tratado como lo hicieron y por haberme causado muchos de los problemas que tengo ahora.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
42. Siento que no puedo controlar mis emociones fuertes, como la ansiedad o ira.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ

Seguridad

43. Me siento perdido sin algo en lo que confiar.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
44. Siento que debo continuar haciendo ciertas cosas una y otra vez, incluso aunque no quiera, porque si paro sucederá algo malo.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
45. Estoy bastante incómodo cuando las cosas no están bien ordenadas.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ

Catastrofismo

46. Me preocupa lo que va a ocurrirme en el futuro.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
47. Me preocupa ponerme enfermo o tener un accidente.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
48. Me aterroriza la idea de ir a sitios nuevos o conocer un grupo nuevo de gente.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
49. Me aterroriza la idea de morirme.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ

ANEXO V
ENTREVISTA DE INFORMACIÓN BIOGRÁFICA

1. Nombre completo:.....

2. Fecha de nacimiento: Edad: Sexo: H..... M.....
 Día Mes Año

3. Dirección:
 Calle Número Población Provincia

4. Teléfono domicilio:..... Teléfono trabajo:.....

5. ¿Con quién más vive en ese domicilio? (puede señalar más de una)
(1) solo (2) esposo(a) (3) hijo (a) soltero(a)
(4) hermano(a) soltero (5) hijo(a) con familia (6) hermano(a) con familia
(7) otro (especifique).....

6. ¿Quién le remitió aquí?
(1) Yo mismo (2) Trabajador social (3) Doctor
(4) Enfermera (5) Hospital o clínica (6) Amigo
(7) Pariente (9) Otros (especifique quién)

¿Ha estado él/ella aquí? Sí..... No.....

7. Estado Civil:
(1) Soltero (2) Separado (3) Casado (número de matrimonio)
(4) Divorciado y sin volverme a casar (5) Viudo y sin volverme a casar

Años de casado(a) con el actual esposo(a).....
Años de viudez

8. ¿A qué se dedica actualmente?
(1) Trabajo en una empresa (2) Jubilado (3) Trabajo en mi hogar
(4) Otro

9. ¿Cuál es su principal fuente de ingresos económicos?
(1) Salario (2) Pensión (3) Actividades diversas
(4) Hijos (5) Otros (especifique).....

10. Número de hijos(as):.....
Edad de hijos:..... Edad de hijas:.....
Número de nietos(as):.....
Edad de nietos:..... Edad de nietas:.....

11. Nivel de estudios:.....
Años de escolarización o de estudios:
12. ¿Es usted religioso? (rodée el número de la escala que más se aproxima a su grado de religiosidad):
Mucho Medio Ateo
1 2 3 4 5 6 7 8 9
¿Qué religión practica?.....
13. Edad de la madre:..... Si ha muerto ¿qué edad tenía usted cuando ocurrió?.....
¿cuál fue la causa de su muerte?
14. Edad del padre: Si ha muerto ¿qué edad tenía usted cuando ocurrió?.....
¿cuál fue la causa de su muerte?
15. Número de hermanos vivos Número de hermanas vivas
16. Edades de los hermanos vivos De las hermanas vivas
17. Yo soy el hijo número de una familia de hijos
18. ¿Es usted adoptado? Sí..... No.....
19. Diga las cosas que más le gusta hacer, la clase de cosas o personas que le proporcionan placer:
.....
.....
.....
20. Enumere sus virtudes y aspectos positivos:
.....
.....
.....
21. Diga sus defectos:
.....
.....
.....
22. ¿Cuáles son sus dificultades sociales más importantes?
.....
.....
.....

23. ¿Cuáles son sus principales dificultades con su pareja?
.....
.....
.....
24. ¿Cuáles son sus principales dificultades en sus actividades diarias?
.....
.....
.....
25. ¿Cuáles son sus principales metas en la actualidad?
.....
.....
.....
26. ¿Qué es lo que más le gustaría cambiar de usted mismo(a)?
.....
.....
.....
27. Si sus padres no le criaron cuando era pequeño, ¿quién lo hizo?
28. Describa brevemente qué clase de persona era su madre (o madrastra o la persona que sustituyó a su madre) cuando usted era niño y cómo lo pasaba con ella:
.....
.....
29. Describa brevemente qué clase de persona era su padre (o padrastro o la persona que sustituyó a su padre) cuando usted era niño y cómo lo pasaba con él:
.....
.....
30. Si hay algo especialmente perturbador en su relación con cualquiera de sus hermanos, descríballo brevemente:
.....
.....
31. Si hay algo especialmente perturbador en su relación con cualquiera de sus hermanas, descríballo brevemente:
.....
.....
32. ¿Cuáles son sus principales dolencias, enfermedades, quejas o problemas físicos?
.....
.....
.....

33. ¿Actualmente se encuentra bajo supervisión médica? Si..... No.....
¿De qué se le está atendiendo?.....
¿Desde cuándo padece de esto?.....
34. ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento para sus problemas emocionales? Si..... No.....
¿Qué tipo de tratamiento recibió?.....
.....
¿Cuánto tiempo duró?.....
¿Qué tipo de resultados obtuvo?.....
35. ¿Actualmente sigue tratamiento en algún otro sitio? Si..... No.....
¿En dónde?.....
¿De qué tipo?.....
36. Añada cualquier información que crea que puede ser útil:
.....
.....
.....

ANEXO VI

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD

Instrucciones: Por favor responda a las siguientes preguntas con sinceridad, para que podamos ayudarle en sus problemas lo más posible. Lea cada ítem y después rodee con un círculo una de las palabras A MENUDO, ALGUNAS VECES, O RARA VEZ, para indicar con qué frecuencia siente usted lo que se describe en el ítem. Por ejemplo, si usted se siente con frecuencia bastante avergonzado cuando comete un error en presencia de otras personas, rodee con un círculo la palabra A MENUDO en el ítem 1; y si usted rara vez o casi nunca siente vergüenza de hacer las cosas que desea si piensa que otros lo van a desaprobarnos, rodee con un círculo la palabra RARA VEZ en el ítem 2. Por favor, asegúrese de que rodea una y sólo una palabra en cada ítem. RESPONDA A TODOS LOS ÍTEMS y no deje ninguno en blanco.

Aceptación

1. Me siento bastante tonto o avergonzado cuando cometo un error, en presencia de otras personas
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
2. Siento vergüenza de hacer las cosas que deseo si pienso que otros lo van a desaprobarnos.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
3. Me siento humillado cuando la gente descubre algo indeseable en mi familia o en mi pasado.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
4. Me siento inferior si mi casa, coche, finanzas u otras posesiones no son tan buenas como las de los demás.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
5. Me siento bastante incómodo cuando soy el centro de atención.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
6. Me siento bastante herido cuando me critica negativamente alguien a quien respeto.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
7. Me siento inseguro de mi apariencia o de la forma en que voy vestido cuando estoy en público.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
8. Creo que si la gente llegara a conocerme bien descubrirían lo malo que soy en realidad.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
9. Me siento terriblemente solo.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
10. Creo que debo tener la aprobación o el amor de ciertas personas que son importantes para mí.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
11. Soy dependiente de los demás y me siento un miserable si no puedo conseguir su ayuda.
A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ

Frustración

12. Me siento desconcertado cuando las cosas van lentas y no se resuelven rápidamente.
 A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
13. Me apetece retrasar las cosas aunque sé que es mejor para mí hacerlas.
 A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
14. Me deprimen los inconvenientes y frustraciones de la vida.
 A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
15. Me enfado bastante cuando alguien me hace esperar.
 A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
16. Tengo celos de la gente que es mejor que yo.
 A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
17. Me siento terriblemente resentido con las personas que no hacen lo que les mando o no me dan lo que quiero.
 A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
18. Siento que no puedo soportar a la gente que actúa estúpida y deshonestamente, y que esta gente debe cambiar.
 A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
19. Siento que no puedo tener mucha responsabilidad.
 A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
20. Me resiento cada vez que tengo que hacer un esfuerzo para conseguir lo que quiero.
 A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
21. Me compadezco cuando las cosas van mal.
 A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
22. Me siento incapaz de terminar lo que empiezo, especialmente cuando el camino es duro.
 A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
23. La mayoría de las cosas me aburren y no me motivan.
 A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ
24. Siento que no puedo educarme a mí mismo.
 A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ

Injusticia

25. Siento deseos de vengarme de la gente por las cosas malas que han hecho.

A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ

26. Siento fuertes deseos de reprender a la gente inmoral o que hace las cosas mal.

A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ

27. Me entristecen las injusticias del mundo y creo que los que las mantienen deberían ser castigados severamente.

Logro

28. Me culpo por lo poco que hago.

A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ

29. Siento mucha vergüenza cuando fallo en cosas importantes.

A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ

30. Siento ansiedad cuando tengo que tomar decisiones importantes.

A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ

31. Tengo miedo de arriesgarme o de intentar cosas nuevas.

A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ

Valía

32. Me siento culpable de mis acciones o pensamientos.

A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ

33. Siento que tengo muy poco valor como persona.

A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ

34. Tengo ganas de suicidarme

A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ

35. Tengo ganas de llorar.

A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ

36. Siento que cedo ante los demás con mucha facilidad.

A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ

37. No tengo ninguna esperanza de poder cambiar mi personalidad a mejor.

A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ

38. Me siento bastante estúpido. Siento que mi vida no tiene sentido.

A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ

Control

39. Siento que no puedo divertirme hoy a causa de mi pobre vida.

A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ

40. Siento que como he fallado en cosas importantes en el pasado, inevitablemente continuaré fallando en el futuro.

A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ

41. Odio a mis padres por haberme tratado como lo hicieron y por haberme causado muchos de los problemas que tengo ahora.

A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ

42. Siento que no puedo controlar mis emociones fuertes, como la ansiedad o ira.

A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ

Seguridad

43. Me siento perdido sin algo en lo que confiar.

A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ

44. Siento que debo continuar haciendo ciertas cosas una y otra vez, incluso aunque no quiera, porque si paro sucederá algo malo.

A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ

45. Estoy bastante incómodo cuando las cosas no están bien ordenadas.

A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ

Catastrofismo

46. Me preocupa lo que va a ocurrirme en el futuro.

A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ

47. Me preocupa ponerme enfermo o tener un accidente.

A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ

48. Me aterroriza la idea de ir a sitios nuevos o conocer un grupo nuevo de gente.

A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ

49. Me aterroriza la idea de morirme.

A MENUDO ALGUNAS VECES RARA VEZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO VII
GUIÓN DE ENTREVISTA
PARA CONOCER LA PROBLEMÁTICA DE LA MUERTE

PRIMERA PARTE: Sobre su *percepción de la muerte*.

1. ¿Cuál es su principal problema con la muerte?
2. ¿Qué sentimientos o emociones le genera?
3. ¿Desde cuándo se convirtió esto en un problema?
4. ¿Cómo se dio cuenta que le era ya un problema? ¿qué sucedía en ese entonces? ¿qué pasaba a su alrededor?
5. ¿Qué significado tiene la muerte para usted? (qué representa, qué implica)
6. ¿Bajo qué circunstancias empeoran sus problemas?
7. ¿Bajo qué circunstancias mejoran?

SEGUNDA PARTE: Sobre sus *expectativas actuales*.

1. ¿Qué le gustaría hacer antes de morir?
2. ¿De qué manera le gustaría dejar este mundo?
3. ¿Hay algo que le parezca que está inconcluso en su vida?
4. De poder elegir, ¿cómo le gustaría que fuera su muerte?
5. ¿Qué haría su muerte más llevadera?
6. ¿Cómo le gustaría sentirse a la hora de morir?

TERCERA PARTE: Preguntas *complementarias*.

1. ¿Cómo fue su primer enfrentamiento con la muerte?
2. ¿Conoce algún ser cercano a usted que haya fallecido? ¿Quién? ¿Qué impacto tuvo sobre usted? ¿Cómo se sintió? ¿Cómo lo superó?
3. ¿Ha presenciado el momento de muerte de alguien? ¿Quién? ¿Qué impacto tuvo sobre usted? ¿cómo se sintió? ¿cómo lo superó?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO VIII
IDEAS PERTURBADORAS EN TORNO A LA MUERTE

A continuación enumeraré las principales ideas en torno a la muerte que suelen causar problemas emocionales de acuerdo con diversos autores y algunos reportes informales de personas mayores:

1. La sensación de corte, de límite, de final (Sádaba, 1991).
2. El ya no poder estar con la gente que se ama.
3. El ya no poder hacer las cosas que satisfacen.
4. Ya no poder cuidar de los que se ama (Diggory y Rothman, 1969, citado en Mishara y Riedel, 1986).
5. La no existencia.
6. El no poder sentir nada (op. cit.)
7. No poder regresar a este mundo.
8. La incertidumbre de no saber qué sucederá si hay otra vida después de la muerte (op. cit.).
9. Que pueda haber un castigo después de la muerte (Elias, 1989).
10. Que la misma muerte sea un castigo (Zarauz, 2000).
11. El dolor que podría causar la muerte propia sobre familiares y amigos (Diggory y Rothman, 1969, citado en Mishara y Riedel, 1986).
12. Que podría ser dolorosa y se podría sufrir en ella (op. cit.).
13. La incertidumbre del acontecimiento (Thomas, 1991).
14. El no tener control sobre ella.
15. Tener que enfrentarla solo (Brantner, citado en Mishara y Riedel, 1986).
16. Morir en la oscuridad (op. cit.)
17. El estar enterrado y encerrado.
18. El ser reducido a cenizas.
19. La descomposición del cuerpo (Kübler-Ross, 1969).
20. Que pueda ser contagiosa (Alizade, 1991).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Considero que todas estas premisas se pueden clasificar dentro de las siguientes cinco categorías de lo que llamo *Ideas perturbadoras en torno a la muerte*:

1. *Ideas de corte-separación*: Todas aquellas que implican el término de algo, como el dejar de hacer actividades agradables, el ya no poder concluir todo lo que se empezó, el no poder conseguir lo que se quería, el separarse de la gente que se ama, el separarse de todo lo que parecía tan propio, el separarse de ese cuerpo con el que se nació.
2. *Ideas de incertidumbre por lo que sucederá tras morir*: Son todas las ideas que derivan de la cuestión: ¿habrá algo o no después de la muerte?. Cuando se cree que sí hay algo, las ideas toman en cuanto a: si lo que hay es algo bueno o malo, si será agradable o no, si será eterno o no, si será mejor o peor que este mundo, si todos llegan ahí o no, etcétera. Cuando se cree que no hay algo después, surgen ideas en torno a: la no existencia, la imposibilidad de volver a "ser", el ya no sentir nada, el no poder regresar a este mundo.
3. *Ideas de incertidumbre sobre el momento de morir*: Son aquellas que se refieren a lo que se sentirá y pasará en esos últimos momentos antes de la muerte como: si dolerá físicamente, si se sufrirá, si se estará solo, si se encontrará en un lugar oscuro, así como el no poder tener el control de la situación.
4. *Ideas sobre el "estar muerto"*: Es todo lo que surge a partir de la imaginación, de la "fantasía" de que al morir, se podrá pecar de lo que ocurre a su alrededor como: el ser enterrado o cremado, el permanecer enterrado o quedar "libre" a manera de cenizas, la descomposición de su cuerpo, el ser comido por gusanos, que con su muerte vengan otras, etcétera.
5. *Ideas sobre la forma de dejar el mundo*: Se refieren a todo lo que preocupa dejar o no dejar de cierta forma para cuando ya no se esté en este mundo, como si de alguna manera estando muerto se pudiera dar cuenta de lo que está pasando en él. Algunos ejemplos son: pensar quién cuidará de quienes cuida en vida, el sufrimiento de los que le aman cuando se muera, el que los demás le recuerden cuando ya no esté, que sus posesiones sean cuidadas, etcétera.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Es a partir de estas premisas que surgen las principales creencias irracionales acerca de la muerte, tal como los siguientes ejemplos:

1. Creencias Irracionales de corte y separación:

- "Me parece *terrible* dejar a las personas que tanto quiero"
- "El ya no poder hacer lo que tanto me gusta es algo que simplemente *no puedo soportar*"
- "Como no he podido hacer todo lo que *debiera*, moriré como un *fracasado*"
- "Dios *debería* darme más tiempo para poder hacer lo que me falta antes de morir"
- "Antes de morir *tengo que* contentarme con mi hermano"

2. Creencias Irracionales de incertidumbre por lo que sucederá tras morir:

- "Creo que el 'cielo' *debería ser* como la tierra para que pueda volver a ver a los que quiero y hacer lo que me gusta"
- "*Tengo que* pagar mis pecados y mis errores con mi muerte"
- "Me parece *terrible* que una vez que muera ya no voy poder volver a estar en este mundo"
- "*No puedo soportar* la idea de ya no volver a sentir nada"
- "Me siento *miserable* cuando pienso que al morir no podré ir al cielo"

3. Creencias Irracionales de incertidumbre sobre el momento de morir:

- "Cuando me vaya a morir *tengo que* estar en mi casa porque me parece *terrible* morir en un hospital"
- "El imaginar a otras personas limpiando mi cuerpo y arreglándolo para el entierro me hace sentir muy *desdichado*"
- "El momento de mi muerte *debiera ser* tranquilo, sin dolor ni sufrimiento"
- "*No puedo soportar* la idea de morir solo"
- "Me parece *terrible* que el momento de mi muerte sea algo sobre lo que no tengo ningún control"

4. Creencias Irracionales sobre el "estar muerto":

- "Cuando me muera *tienen que* cremarme porque me parece *terrible* estar encerrado en un ataúd"
- "El ser comido por gusanos y descomponerme bajo la tierra es algo que *no puedo soportar*"
- "Los ataúdes *no debieran* ser tan oscuros"
- "Consideraré como unos miserables a todos aquellos que cuando yo me muera, no vayan a mi entierro"
- "Ha de ser *terrible* que me entierren vivo y despertar bajo la tierra sin que nadie me pueda escuchar"

5. Creencias Irracionales sobre la forma de dejar el mundo:

- "Me es *horrible* imaginar lo que van a sufrir mis seres queridos cuando me muera".
- "Los demás *no deben* olvidarse de mi cuando ya no esté aquí".
- "*No puedo soportar* la idea de que mi pareja se quede sola... ¿quién cuidará de ella?"
- "El negocio que he establecido *tiene que* seguir dando frutos como cuando yo lo trabajé, aún cuando yo ya no viva".
- "Me siento muy *miserable* de dejar de ser el soporte de mi familia cuando me muera"

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO IX
ARGUMENTOS PARA DEBATIR
LAS IDEAS PERTURBADORAS EN TORNO A LA MUERTE

Como lo explicamos en el capítulo 5 de esta tesis, la TRE se basa en un estilo filosófico y científico-empírico (tanto en la forma de cuestionar como de argumentar), de debatir para generar el cambio. Es por ello que los argumentos que presento a continuación, se basan algunos en lo que llamo *filosofía racional de muerte*, y otros en aspectos científicamente comprobables.

LA MUERTE

Antes de dar argumentos contra las ideas perturbadoras en torno a la muerte, es importante dar argumentos contra las ideas *tremendistas* sobre la muerte. Es decir, atacar la creencia irracional de que "la muerte" es algo *terrible*.

Es algo "demasiado malo, pero no *horrible, espantoso o terrible*" se apresura a decir Ellis (1980, p. 111), considerando que si el cliente *Cree* que morir es algo horrible, tenderá *hacerlo* horrible.

Todas las preocupaciones que el anciano pueda tener sobre su muerte, pueden traerle muchos inconvenientes durante el tiempo que le quede de vida. La constante preocupación, ansiedad, miedo e incertidumbre al respecto pueden evitar que el anciano se concentre en actividades importantes y/o delicadas, que valen la pena. Puede descuidar a las personas que estima por estar ensimismado en sus miedos: puede dejar de hacer actividades que le gusten por miedo a correr un riesgo fatal; puede exagerar sus precauciones y cuidados personales para evitarla, a tal grado, que se prive de muchas cosas que podrían hacerle feliz; por el contrario, podría estar tan preocupado en "cuidarse" que descuide las cosas que realmente le afectan. De hecho la propia preocupación puede provocar diversas dolencias físicas (a parte de las emocionales), como úlceras, gastritis, colitis, o hipertensión sanguínea, que irónicamente podrían adelantar su muerte.

El preocuparse en exageración por la muerte impide disfrutar de la vida. Si el anciano acepta la posibilidad de que morirá y hace uso del tiempo que todavía le queda,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

vivirá más feliz; porque tal como lo menciona Rowe (1997): "la valentía de enfrentarse a la muerte te da la valentía para enfrentarte a la vida" (p. 91).

La muerte es una de las cosas que simplemente no se pueden cambiar, pero al anciano le es dado elegir la sabiduría que le capacite para aceptar esa realidad. Si se le incita a que piense detenidamente sobre los significados que puede darle a la muerte, seguro encontrará alguno que le capacitará para enfrentarle con valentía.

Tal como lo vimos en los capítulos 1 y 2 de esta tesis, desde la antigüedad, las diferentes civilizaciones del mundo y de México han puesto especial atención en la *dualidad* de las cosas. Se piensa que sólo podemos conocer algo conociendo su opuesto. Así como los aztecas sabían que tras la temporada de lluvias venía la de sequía y tras el día venía la noche; nosotros sabemos que para la claridad hay sombra, que para los errores están las correcciones y que cuando hay un perdedor es que hubo un ganador. De la misma forma, uno sólo puede saber que está vivo porque sabe que existe la muerte. Vida y muerte se entrelazan entre sí, se dan sentido mutuamente y dejan un espacio entre ellas para dar lugar a la existencia.

De acuerdo con Victor Frankl (citado en Cabodevilla, 1999), al momento en que la muerte establece los límites temporales de la existencia, motiva a las personas a no aplazar las tareas existenciales de búsqueda de sentido. De esta manera, incita al individuo a realizarse al máximo y a disfrutar de la vida dentro de sus límites.

Según el Profesor Juan Luis Ruiz Peña (1997, citado en Cabodevilla, 1999), dependiendo del significado que le demos a la muerte, es el sentido que le estamos dando a nuestra vida. En función de lo que pensemos de la primera, es lo que orientará nuestras acciones, emociones e intenciones diarias.

El reconocer la muerte no es caer en pesimismo, sino ser realistas dentro de nuestra condición humana. Por ello es necesario aprender a encararla, con el fin de disfrutar también al máximo nuestra existencia.

Tal como se trató en el capítulo 3, la muerte es un hecho completamente natural que posee una base biológica. Cuando la persona ha cumplido su ciclo vital, sus energías se desvanecen y la progresiva decadencia indica que ha llegado la hora de que abandone la vida (Hinton, 1976).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Muchas personas suponen que sería muy bueno que ellas, y las demás, vivieran para siempre. Sin embargo esto no lo sería tanto, en especial si el proceso de envejecimiento continuara mientras vivimos. Además, si los seres humanos vivieran para siempre, sería necesario poner un límite a la natalidad, porque la Tierra, el sistema solar y eventualmente el universo estarían tan poblados que no quedaría lugar para nadie. Conforme morimos, vamos dejando espacio para los que nacen después. Por ello, para merecer el don de la vida, es mejor que reconozcamos que sólo podemos disfrutarlo recibiendo también la liberación de la muerte (Ellis y Abrahms, 1980).

Una vez entendido esto sobre la muerte, pasamos a los argumentos para discutir las ideas perturbadoras en torno a la muerte.

I. PARA LAS IDEAS DE CORTE-SEPARACIÓN:

Como ya lo mencionábamos, la muerte marca un límite temporal que a su vez delimita un sin número de cosas, situaciones, relaciones, pensamientos, emociones, etcétera. En un cerrar de ojos, la muerte termina con todo lo que tenemos en vida, al menos para nosotros se termina en cuanto dejamos de existir en ese mundo.

Todos estos factores son fuente de gran ansiedad, miedo, dolor, tristeza, culpa, odio y hasta vergüenza, emociones que de ninguna manera evitarán que la persona muera, pero sí impedirán que disfrute de todas esas cosas, situaciones, relaciones, pensamientos y sentimientos que tiene en vida.

Es verdad que el anciano va a morir, es verdad que con su muerte dejará muchas cosas atrás, algunas buenas, otras malas y otras sin terminar: porque tampoco hay razón, por supuesto, para que *deba* o *tenga que* disfrutar una larga y feliz existencia. Pero mientras tenga uso pleno de sus facultades mentales, todavía puede *elegir* dejar de *preocuparse* y empezar a *ocuparse* por disfrutar al máximo de todo lo que esté a su alcance, de hacer lo más que pueda por cumplir sus metas, de no frustrarse por no concluir o llevar a cabo algunas, de resolver ciertos asuntos inconclusos¹, y prepararse en la medida de lo posible a afrontar de manera digna su propia muerte.

¹ Más adelante se profundizará en este aspecto, como uno de los ejercicios para "preparar la muerte".



Dentro de esa "preparación" para afrontar la muerte, considero muy importante también el aprender a despedirse, el saber decir "adiós". Es muy difícil que el anciano haga "todo" lo que quisiera hacer, y me parece que muchas de las ideas irracionales de corte-separación se derivan principalmente de la filosofía de obligación en la que el anciano cree que "tiene que hacer todo lo que quiera antes de morir". Discutiendo esas creencias irracionales por medio de los argumentos y el cuestionamiento socrático que marca la TRE para la filosofía de obligaciones, podemos ayudar al cliente a dejar de *aferrarse* a todo lo que le rodea y tiene miedo de perder y a que empiece a despedirse de ello.

En este caso es muy importante también perdonar a los demás y perdonarse a sí mismo. Perdonarse mutuamente por todo lo que hicieron o no hicieron en algún momento y también por lo que ya no podrán hacer.

2. PARA LAS IDEAS DE INCERTIDUMBRE POR LO QUE SUCEDERÁ AL MORIR

Se presenta aquí una de las más grandes inquietudes desde que el hombre Neandertal habitó la Tierra: ¿qué hay después de la muerte?, ¿qué sucede con nosotros después de que morimos?, ¿cuál es el significado de la muerte?. Las respuestas se simplifican en dos opciones: 1) el fin de la identidad y 2) la puerta de acceso a otra vida (Rowe, 1997). Cada una de estas dos opciones o *significados* para la muerte tiene características buenas y características malas, ventajas y desventajas.

Todas las personas, incluyendo el anciano, tienen la capacidad de *elegir* cualquiera de estos dos significados, lo cuál resulta muy importante porque dependiendo del significado que escojan para la muerte, es el propósito que se elige para la vida (op. cit.).

Vamos por partes. La verdad es que *nadie* sabe a ciencia cierta lo que hay después de la muerte. Y el atemorizarse por esa incertidumbre viene también de la filosofía de obligaciones en las que se cree irracionalmente que "debiera haber algo" o por lo menos "debiera saberse si hay algo o no", aunque en realidad no existen ninguna evidencia de que debiera haber o de que debiéramos saber.

Ahora bien, como no hay nada en este mundo y en esta vida, que nos pueda asegurar lo que viene después, entonces *elegimos* alguna de las opciones anteriores, y con

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ella, toda una nueva serie de creencias (que podrán ser racionales e/o irracionales), comportamientos y actitudes.

Si se elige la opción de que la muerte implica el fin de la identidad, morir significa que la persona desaparece, que el cuerpo deja de funcionar y empieza a descomponerse. Esta no es una perspectiva muy agradable, y para vivir con ella se decide hacer que la vida sea lo más satisfactoria posible, ya que esta es la única oportunidad que se tiene para disfrutarla.

De acuerdo con Ellis y Abrahms (1980), la muerte total es un estado análogo al que se supone debe haber antes de la concepción del nacimiento; y si no se le teme a esa *nada* antes de nacer, no existe razón para temerle a la *nada* tras la muerte.

Ahora, si se elige ver la muerte como la puerta de acceso a otra vida, inmediatamente surge otra cuestión: ¿qué tipo de vida?. Normalmente los que deciden por esta opción, conciben que hay dos tipos de vida, una mejor y otra peor que esta, y que dependiendo del comportamiento que se tenga en vida, será el tipo de vida que se tendrá después de morir en esta. A pesar de la fuerte crítica a esta creencia por parte de la ciencia, resulta ser muy difundida y bastante útil para liberar ansiedades y temores. Al fin y al cabo todo es cuestión de *fe*.

En el siguiente fragmento de una de las entrevistas que realiza Kübler Ross (1969) a una monja enferma mayor de edad, podemos observar el poder de la fe, para ayudar a sobrellevar la muerte:

Contesta la paciente tras preguntarle por su fe: *"Bueno, claro que hay un Dios, miren la naturaleza y todo lo que existe (p. 100)."*

Después se le preguntó cómo podía entender la muerte de alguien joven y contestó *"Dios es amor (...) y si él es amor, sabe que este momento de la vida de esta persona es su mejor momento y si hubiera vivido más o si hubiera vivido menos, no habría podido darle tanta eternidad, o habría tenido en la eternidad un castigo que habría sido peor de lo que pasa ahora. Pienso en su amor, así es como puedo aceptar la muerte de los jóvenes y los inocentes (p. 101)"*

Y por último contesta algo más sobre su fe: *"(...) si no hay un Dios, no tengo nada que perder, pero si lo hay, le estoy adorando como se merece, o sea, todo lo que puedo en este momento" (p. 102).*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En otros casos, muchas personas creen que preocupándose por la muerte y rogando a Dios o al destino que les salve de ella, evitarán morir prematuramente, lo cual es muy dudoso, porque hasta la fecha no parece haber evidencia de que Dios o el destino favorezca en especial a los que "se preocupan" y que disponga que éstos queden libres de enfermedades o no mueran por sus propios males (Ellis y Abrahms, 1980).

Nuevamente llegamos a lo mismo que el punto anterior: todas las emociones negativas inapropiadas que genera la incertidumbre de lo que hay después de la muerte, no van a darnos la respuesta de lo que hay. Simplemente van a generarnos problemas y perturbaciones emocionales innecesarias que entorpecerán nuestras metas de vivir de la mejor forma posible antes de que llegue el momento. Razón por la cual, es necesario discutir cada una de las creencias irracionales referentes a este punto por medio del planteamiento de la TRE y los argumentos que presentamos aquí.

3. PARA LAS IDEAS DE INCERTIDUMBRE SOBRE EL MOMENTO DE MORIR

Para los ancianos que desean tener el control sobre todas las cosas, incluso de su muerte, suele ser muy frustrante y problemático el darse cuenta que no tienen ningún control sobre ella. ¿En qué momento llegará?, ¿cómo será?, ¿en dónde será?, ¿será doloroso?, ¿será pacífico?, ¿de qué será?, son las principales cuestiones que abruma los pensamientos y la imaginación de estas personas. No obstante hay a quienes no les aterroriza tanto perder el control cuando vayan a morir, sino el hecho de tener que afrontar esta situación completamente solos (Rowe, 1997).

Esta ansiedad que genera la incertidumbre de la llegada de la muerte es bastante irracional, porque a pesar de que la persona se preocupe, se atemorice y angustie por lo que sucederá en esos últimos minutos antes de morir, de ninguna forma evitará que la muerte sea toda una sorpresa (Mannoni, 1992).

Las formas y causas de morir son infinitas: se puede morir de un accidente automovilístico, de un paro cardíaco, de una caída muy fuerte, de una de las múltiples enfermedades que existen; en la propia cama, en la calle, en un hospital, en casa de algún familiar; rodeado de la gente que más se quiere, entre gente desconocida, junto a personal

médico, completamente solo; con mucho dolor físico, sin ninguna sensación dolorosa... las posibilidades son inmensas y el preocuparse por el cómo, cuándo, dónde, porqué y con quién, no provocará que sea de alguna forma en particular.

Es verdad que en vida el anciano puede tomar ciertas precauciones en cuanto a su salud, el conducir bien, el fijarse al cruzar la calle, el no andar en lugares peligrosos por su delincuencia, etcétera, pero de cualquier forma él no tiene la posibilidad de prever todas las posibilidades existentes, ni de decidir exactamente cómo será ese último momento y mucho menos de evitarlo; eso simplemente no está en sus manos, por lo que el obsesionarse en cuidados para "prevenirla" sólo impedirá que disfrute plenamente de la vida.

Aquí regresamos a unas creencias irracionales derivadas de la filosofía de obligación, de que "mi muerte *debiera* ser tranquila, pacífica, en mi cama, con toda la gente que quiero a mi lado y sin dolor", una demanda poco realista de certeza que bien puede ser refutada por medio de la TRE.

La muerte va a llegar, no sabemos en qué circunstancias ni en que momento; y mientras más pronto acepte esto el anciano, podrá descansar y vivir sin ansiedad. Si reconoce la muerte como un final infortunado a la bondad de vivir, y no como un "terror" u "horror", entonces difícilmente pensará en ella y la recibirá con tranquilidad cuando se presente (Ellis y Abrahms, 1980).

Otro factor que puede ayudar a las personas que gustan tener el control de las situaciones, es el estar completamente lúcidos al momento de su muerte para observar y estar al pendiente de todo el proceso.

De acuerdo con Rowe (1977), tomar conciencia de todo lo que está pasando en el interior de uno mismo sin intentar controlarlo, posibilita la integración de la persona. Mantenerse conciente, independientemente de que la experiencia sea agradable o desagradable, es el camino para el crecimiento y la maduración personal (Cabodevilla, 1999).

Es decir, para las personas que temen en demasía morir solos o que les aterra la incertidumbre del suceso, tal vez pueda ayudarlos un poco el pensar que como seres únicos que somos, tenemos la fortuna de ser los protagonistas de nuestra propia vida, justo de la misma forma en que somos los protagonistas de nuestra propia muerte. Así como nadie puede vivir nuestra vida por nosotros, tampoco nadie puede morir en nuestro lugar. Y así

como gustamos de enfrentar nuestra vida con optimismo, gusto, placer y alegría, podemos enfrenar nuestra muerte con orgullo, dignidad y paz (tal como se hacía en la época de la *muerte domada*, a principios de la Edad Media y como lo hacían nuestros antepasados de México).

Dice un proverbio indio citado por Cabodevilla (1999): "Cuando te encuentres en un apuro, piensa que siempre habrá una mano que pueda ayudarte, pero no olvides que esa mano está al final de tu brazo" (p. 165). Esto quiere decir con mucha razón, lo que decíamos en un principio del capítulo 5: la solución está en uno mismo, el mejor apoyo que uno puede tener somos nosotros, porque al fin y al cabo "yo mismo" soy la única persona que estará conmigo hasta el final de mis días.

Por otro lado, para quienes les es "terrible" la idea de morir con dolor les hará bien saber que como lo han mostrado diversos estudios, la muerte suele ser un proceso apacible y no demasiado doloroso. Y si se tiene la infortuna de morir con dolor, tal vez nada podrá hacer para evitarlo; aún así, en el peor de los casos sólo será una gran desdicha (Ellis y Abrahms, 1980).

4. PARA LAS IDEAS SOBRE EL "ESTAR MUERTO"

Independientemente del significado que le dan las personas a la muerte (de que si es el final de la existencia o si se trata de una puerta a otra vida), suelen crearse toda una serie de "fantasías" con respecto a lo que pasará con su cuerpo una vez que hayan muerto.

Muchas de estas ideas fantásticas y aterradoras, como el creer que se dará cuenta cuando se esté descomponiendo su cuerpo o verá cómo se lo devoran los gusanos poco a poco, o que se sentirá más a gusto cuando sus cenizas descansen en un lugar bonito, vienen de una gran falta de información.

Por lo mismo que se le teme, pocas personas investigan qué es lo que sucede exactamente con el cuerpo cuando morimos. En el capítulo 3 de esta tesis, revisamos la descripción detallada que hace Thomas (1991) de los cuatro niveles que conforman el proceso de muerte. En ellos queda claro cómo van dejando de funcionar los diferentes sistemas y órganos del cuerpo hasta que se llega a la muerte total y cómo algunas células van muriendo poco a poco todavía minutos después de haber llegado al cuarto nivel. Con

ello comprobamos que no hay posibilidades físicas reales de que nos podamos percatar de lo que sucede con nuestro cuerpo una vez que hayamos muerto.

Ahora bien, siguiendo el significado que le demos a la muerte, hay dos posibilidades: la primera de ellas es que si creemos que la muerte es el final de la existencia, entonces reafirmamos que no es posible percatarnos de esas cosas desagradables porque, tal como escribe Jankélévith (citado en Mannoni, 1992, p.47): "la muerte y yo nos excluimos la una al otro y nos expulsamos reciprocamente; mientras yo estoy, la muerte está ausente y cuando la muerte está presente, soy yo el que ya no estoy". Entonces, si con la muerte llega el final de mi existencia, no es posible que perciba lo que sucede con mi cuerpo después de ella y por ello no existe razón lógica por la que tenga y mantenga semejante creencia irracional.

En la segunda posibilidad, cuando creemos que la muerte es la puerta de entrada a otra vida, lo más probable es que esta no sea dentro del ataúd, por lo que seguramente tampoco se podrá percibir el deterioro del cuerpo; razón por la cual tampoco tiene sentido seguir con una creencia irracional que tanto miedo y ansiedad genera.

5. PARA LAS IDEAS SOBRE LA FORMA DE DEJAR EL MUNDO

Hay a quienes les preocupa en demasía el curso que tomarán las cosas que son importantes para ellos en vida cuando mueran y ya no estén a cargo o influyan directamente en ellas. Es una "fantasía" en la que se piensa como si después de morir, la persona pudiera saber de alguna forma, si las cosas que deseaba se realizaron correctamente, se dejaron de hacer, se cuidaron, se destruyeron, etcétera; y como si sabiendo esto pudiera sentirse bien o mal al respecto.

Algunos ejemplos de este tipo de ideas que se crean las personas son: el pensar en su entierro, imaginándolo con ciertas características que le gustaría y que no le gustaría que hubiera como si realmente se pudiera dar cuenta; el esperar que los hijos "sigan sus pasos"; el hacer sufrir a los que deja; el que otros sigan con sus metas inconclusas; el que su pareja conozca a alguien más; el que todas sus cosas sean tiradas cuando ya no esté, etcétera.

Nuevamente caemos en la irracionalidad de esas creencias, desde que demostramos que no existe ninguna evidencia que respalde que las cosas *tengan* o *no deban* de ser de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cierta forma una vez que la persona muera. Y el creerlo no sólo provoca perturbaciones emocionales, sino que también impide disfrutar de todo aquello mientras se tiene todavía vida.

Además, volviendo al planteamiento del significado de la muerte: si creemos que no hay existencia después de la muerte, entonces no tenemos que preocuparnos por esas cosas porque ya no podremos darnos cuenta de ellas. Mientras que si creemos que al morir pasaremos a otra vida, y esta es mejor, dudo que podamos darnos cuenta o sentirnos mal por todo aquello que en vida terrenal queríamos que pasara en caso de que no sucediera; y si la otra vida es peor, no creo que nos estemos preocupando por cosas como esas, cuando se tienen peores preocupaciones y/o padecimientos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO X

CUESTIONARIO DE AUTOAYUDA RACIONAL

(A) EXPERIENCIAS (O ACONTECIMIENTOS) ACTIVANTES

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(B) CREENCIAS SOBRE SUS EXPERIENCIAS ACTIVANTES

(rB) Creencias racionales (lo que quiere o desea)

.....
.....
.....
.....
.....

(iB) Creencias irracionales (sus demandas o exigencias)

.....
.....
.....
.....
.....

(C) CONSECUENCIAS DE SUS CREENCIAS SOBRE EXPERIENCIAS ACTIVANTES

(deC) Consecuencias emocionales deseables (sentimientos malos apropiados)

.....
.....

(rBC) Consecuencias conductuales deseables (comportamientos deseables)

.....
.....

(ueC) Consecuencias emocionales indeseables (sentimientos inapropiados)

.....
.....

(uBC) Consecuencias conductuales indeseables (comportamientos indeseables)

.....
.....

(D) DISCUTA O DEBATA SUS CREENCIAS IRRACIONALES
(Escríbelo en forma de preguntas)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(E) EFECTOS DE DISCUTIR O DEBATIR SUS CREENCIAS IRRACIONALES

e I Efectos cognositivos de discutir (similares a creencias racionales)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

e E Efectos emocionales (sentimientos adecuados)

.....
.....
.....
.....
.....

B E Efectos conductuales (comportamientos deseables)

.....
.....
.....
.....
.....

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ANEXO XI

UNA NUEVA CONCEPCIÓN O FILOSOFÍA DE MUERTE

Independientemente de si existe o no otra vida después de esta, estamos todos claros en que la muerte es un fenómeno de corte que termina definitivamente con nuestra vida en este mundo y con toda conexión que teníamos con lo que hay en ella.

La muerte simplemente "es", no tiene intención, algún tipo de pretensión ni valor especial fuera de lo que simplemente es. Es sólo un estado más del ciclo vital, es la parte complementaria de la vida que resulta necesaria e inherente a la especie y a la naturaleza.

Es por esto que considero importante dejar de hacerle a un lado, de temerle, de darle la vuelta, de negarla, rechazarla y hasta discriminarla. Pienso que si es algo tan real como nuestra propia vida y que al fin y al cabo es su parte complementaria, es necesario integrarla a nuestro vivir cotidiano.

Dice Cabodevilla que integrar la propia muerte significa vivir sabiendo que tenemos un límite; significa estar dispuesto a morir cuando nos toque; significa intentar vivir cada día como si fuera el último; significa la esperanza de tener mil días más para vivirlos; significa que independientemente de lo que haya ocurrido en nuestra vida, nuestra existencia ha tenido un sentido y un propósito (1999). De acuerdo con esto, Victor E. Frankl (citado en Pascual, 1997), considera que precisamente es la búsqueda de ese sentido el Principal interés del ser humano a lo largo de su existencia.

Cuando integremos la muerte a nuestra vida, seremos capaces de hacerles frente con los "ojos bien abiertos", con orgullo, amor, pasión, entrega, satisfacción, honor y dignidad. De esta forma nos convertiremos en guía y ejemplo de los que nos sobreviven y ayudaremos a promover el cambio de concepción que actualmente hay de la muerte.

Cuando tengamos que elegir nuestros últimos actos y palabras, cuando tengamos que decidir sobre su fin, impartir órdenes y deseos, cuando dueños de nosotros mismos nos enfrentemos con la muerte, reafirmaremos la dignidad de nuestro ser; más allá del dolor, la mutilación u otra herida corporal. Siendo más que nuestro cuerpo nos sostendremos en el sentimientos de integridad. Habremos "domado" a la muerte, nos habremos "apropiado" de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ella, dirigiendo y conduciendo nuestro último tramo; concientes de la inminencia de nuestra partida, sostendremos la mirada en el límite (Alizade, 1996).

Es por esto que mientras más luchemos por esquivar la inevitable muerte, mientras más la neguemos, más difícil nos será llegar a esa fase final de aceptación con paz y dignidad (Kübler-Ross, 1969).

D. J. Roy (citado en Cabodevilla, 1999) ha sintetizado las condiciones esenciales del morir con dignidad de la siguiente manera:

1. "Morir sin el estrépito frenético de una tecnología puesta en juego para otorgar al moribundo algunas horas suplementarias de vida biológica.
2. Morir sin dolores atroces que monopolicen toda la energía y la conciencia del moribundo.
3. Morir en un entorno digno del ser humano y propio de lo que podría ser vivir su hora más hermosa.
4. Morir manteniendo con las personas cercanas contactos humanos sencillos y enriquecedores.
5. Morir como un acto consciente de quien es capaz de realizar el difícil *ars moriendi*.
6. Morir con los ojos abiertos, dando la cara valientemente y aceptando lo que llega.
7. Morir con un espíritu abierto, aceptando que muchos interrogantes que la vida ha abierto quedan sin respuesta.
8. Morir con el corazón abierto, es decir, con la preocupación del bienestar de los que quedan en vida" (p. 75).

Al final de todo, entre todos estos aspectos, en nuestro vivir cotidiano, en la integración de la muerte a nuestra vida, en el afrontamiento de ambas: vida y muerte, me parece que lo más importante de todo, al fin y al cabo es no perder la esperanza. La esperanza de que aún cuando todo parece muy malo, en este inmenso mundo lleno de miles de posibilidades puede estar aquella que haga las cosas mejorar.

Para finalizar, me permito citar dos segmentos de entrevistas que realizó Kübler-Ross, a dos pacientes diferentes, que a mi parecer ejemplifican muy atinadamente algunas creencias racionales de aceptación de la enfermedad y la muerte:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"creo que en muchos aspectos ha sido una enfermedad beneficiosa. Me ha hecho ganar mucho. He hecho muchos amigos, he conocido mucha gente. Miro a los demás en el pasillo y me alegro de lo que tengo y de lo que no tengo. No envidio a los demás. Cuando uno está muy enfermo, no piensa en estas cosas. Uno sólo espera a ver si la gente va a herirte o a ayudarte" (1969, p.102)

"(...) Yo entonces me dije: matarme está descartado por que soy demasiado cobarde para suicidarme. Eso elimina una posibilidad en la que no tengo que pensar. A medida que continuaba, fui librando mi mente de estorbos, para tener cada vez menos cosas en que pensar. O sea que rechacé la idea de matarme a base de eliminar la idea de la muerte. Entonces llegué a la conclusión de que, bueno, ahora estoy aquí, puedo volver la cara a la pared o puedo llorar. O bien puedo intentar sacarle a la vida el poco de diversión y placer que pueda, teniendo en cuenta mi estado. Y ocurren ciertas cosas como que al estar viendo un buen programa de televisión o escuchando una conversación interesante, al cabo de unos minutos no te das cuenta del picor ni de que te encuentras incómodo. A todas estas pequeñas cosas yo las llamo gratificaciones y me imagino que si puedo reunir bastantes gratificaciones, uno de estos días todo será una gratificación y esto se extenderá hasta el infinito y todos los días serán buenos. O sea que no me preocupo demasiado. Cuando me encuentro mal, me distraigo más o menos o trato de dormir. Porque al fin y al cabo, el sueño es la mejor medicina que se ha inventado. A veces ni siquiera duermo, y me limito a estar echado tranquilamente. Uno aprende a encajar estas cosas, ¿qué remedio le queda?. Puedes sacudirte, chillar, gritar y pegarte de cabeza contra la pared, pero cuando haces todo esto te sigue picando, sigues encontrándote mal" (op. cit. p.195).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN