

“LOGOTERAPIA PARA MEJORAR EL SENTIDO DE VIDA EN
PACIENTES CON ANSIEDAD ANTE LA MUERTE”

**UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA
SANTA FE, MÉXICO.**



**“LOGOTERAPIA PARA MEJORAR EL SENTIDO DE VIDA EN
PACIENTES CON ANSIEDAD ANTE LA
MUERTE”**

T E S I S

Que para obtener el grado de

**DOCTOR EN
INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA**

Presenta

ISAAC OSADOLOR OSADEMwigie

**DIRECTOR DE TESIS:
DR OSCAR RICARDO GALICIA CASTILLO**

**LECTORES:
DR ANTONIO TENA SUCK
DRA MARTHA PATRICIA BONILLA MUÑOZ**

MÉXICO, D. F.

2005

RESUMEN

Los propósitos de esta investigación fueron: (1) construir un instrumento válido y confiable que permita conocer la actitud que tienen las personas hacia la muerte y (2) Hacer uso de la técnica de logoterapia para poder enfrentar y mejorar la ansiedad ante la muerte. Para lograr los anteriores se recurrió a la técnica de redes semánticas la cual es útil para aproximarse al significado y valoración de cualquier constructo que en este caso fue la “actitud hacia la muerte”. Fueron entrevistados 249 sujetos en el estudio piloto, los cuales asistían a la clínica para el tratamiento de su padecimiento: hombres y mujeres. Mediante la técnica antes señalada se pudo conocer el significado del constructo. Posteriormente se utilizaron las palabras definidoras para construir el instrumento piloto de cual constaba de 83 reactivos de tipo Likert con opciones de respuestas. Después el análisis estadístico permitió conocer los principales factores que describen el concepto de la muerte. Reduciendo a 25 reactivos finales con una validez total de 0.80 de alfa de Cronbach fue aplicada a la hipótesis original del proyecto que intentó evaluar la eficacia de la logoterapia en el grado de ansiedad ante la muerte. Con un total de 76 sujetos, se decidió formar tres grupos: A₁ (experimental que recibió el tratamiento logoterapéutico), A₂ (apoyo psicológico que recibió tratamiento de apoyo psicológico) y A₃ (control sin tratamiento). Los resultados obtenidos demuestran una mejoría significativa en el grado de ansiedad ante la muerte en aquellos pacientes expuestos a un proceso logoterapéutico y apoyo psicológico pero en menor nivel. Se discuten los hallazgos encontrados.

PALABRAS CLAVES: Ansiedad; Muerte; Instrumento de Ansiedad; Logoterapia; Entrevista; Redes semánticas.

ABSTRACT

The purposes of this research were: (1) to construct an instrument valid and reliable capable of understanding the attitude of people towards death and (2) making use of logotherapeutic technique as to enable confront and ameliorate anxiety before death. To achieve the above, the semantic network was used, a system useful to approach the significance and evaluation of any construct that in this wise was the attitude towards death. There were 249 subjects interviewed in the pilot study, whom were assisting a medical clinic for their treatment: men and women. Through the above mentioned technique, the construct was able to understand. Subsequently, the defining words were used to construct the pilot instrument of 83 items Likert type with response options. Thereafter the statistical analysis permitted to know the principle factors that describe the concept of death. Reducing to 25 final items with a total validity of 0.80 of the Alfa of Cronbach, this was applied to the original hypothesis of the project that evaluated the efficiency of logotherapy in the grade of anxiety before death. With a total of 76 subjects, it was decided to form three groups: A₁ (experimental that received logotherapeutic treatment), A₂ (psychological help that received psychological aids) and A₃ (control without any manipulation). The obtained results demonstrate significant improvement in the level of anxiety before death in patients that received logotherapeutic treatment and psychological aids, but the former with better results. The encountered findings are discussed.

KEY WORDS: Anxiety; Death; Instrument of Anxiety; Logotherapy; Interview; Semantic Network.

INDICE

RESUMEN/ABSTRACT	ii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO 1	
1.1 Planteamiento del Problema	6
1.2 Justificación	7
1.3 Preguntas de Investigación	8
1.4 Hipótesis de Investigación	8
1.4.1 Hipótesis Estadístico	8
1.4.1.1 Hipótesis nula	8
1.4.1.2 Hipótesis Alternativa	9
1.5 Objetivos	9
1.5.1 Objetivo General	9
1.5.2 Objetivos Específicos	9
1.6 Importancia del Estudio	9
1.7 Definición de Términos	10
1.8 Limitaciones	12
CAPITULO 2	13
MARCO TEÓRICO	13
2. Muerte	13
2.1 El Sentido de Vida y del Dolor ante la Muerte	21
2.2 Ansiedad ante la Muerte	22
2.2.1 Vulnerabilidad a la ansiedad y la depresión y la relación con enfermedades ante la muerte	32
2.2.1.1 Eventos Traumáticos Tempranos, Hiperactividad (HPA) y Vulnerabilidad	33
2.2.1.2 Ansiedad, Depresión y Enfermedades Médicas ante la Muerte	36
2.2.1.2.1 Ansiedad y Enfermedades Autoinmunes	37
2.2.1.2.2 Depresión, Ansiedad y Enfermedades Cardiovascular	39
2.2.1.2.3 Ansiedad y Enfermedades Gastrointestinales	40
2.2.1.2.4 Ansiedad y Enfermedades Respiratorias	41
2.3 La Calidad de Vida ante la Muerte	43

2.4	Las Religiones ante la Muerte	46
2.4.1.	Aspectos culturales y religiosos	49
2.5	Tanatología	49
2.5.1	Intervención en crisis en situaciones de duelo agudo	53
2.5.2.	El proceso de la atención	55
2.5.3.	Debriefing	58
2.5.3.1.	Fases del Debriefing (DB)	59
2.6	Psicoterapia de la ansiedad ante la Muerte	60
2.7	Introspección Socrática y logoterapia	68
2.8.	Humildad ontológica y la muerte (el Ethos de la muerte)	77
2.8.1	Humildad cultural y muerte	85
2.8.2.	El Ethos de la muerte (forma de sentir la muerte)	86
2.8.3	La implicación mutua Vida-Muerte	88
2.9	La técnica logoterapéutica de la ansiedad ante la Muerte	91
2.10.	Poemas logoterapéuticos (“La actitud logoterapéutica de pensar”)	93
	 CAPITULO 3	 95
	 METODOLOGÍA	 95
3.	Metodología Cuantitativa	95
3.1.	Tipo de Estudio	95
3.2	Tipo de Diseño	95
3.3	Diseño de Investigación	96
3.4	Criterios de Selección de la Muestra	98
3.5	Instrumento	98
3.5.1	Cuestionario de la escala de ansiedad ante la muerte (EAM)	98
3.5.1.1	Diseño del instrumento	98
3.5.1.2	Confiabilidad	99
3.5.1.3.	Validez de constructo	99
3.5.1.4	Validez de contenido	99
3.6	Procedimiento	99
	 CAPITULO 4	 101
4.	Metodología Cualitativa	101
4.1	Justificación	101
4.2	Tipo de estudio	101
4.3	Ejes temáticos	102
4.4	Tamaño de la muestra	102
4.5	Técnicas de recolección de datos	102

CAPITULO 5	103
5. RESULTADOS CUANTITATIVOS	103
5.1 Validez y confiabilidad del instrumentopiloto	103
5.1.1 Cuestionario de la ansiedad ante la muerte	103
5.1.2 Descripción de la muestra piloto	103
5.2. Análisis de datos, validez y confiabilidad	104
5.3 Indicadores de adecuación al análisis factorial	104
5.3.1 Extracción factorial	106
5.3.1.1 Análisis factorial	106
5.3.1.2 Validez de constructo	107
5.3.1.3 Calificación por factor	107
5.4 Resultados cuantitativos de pre y post pruebas	111
5.4.1 Resultados por grupo	111
5.5 Resultados de la escala	117
5.5.1 Resultados de la escala de la fase de pretest	117
5.5.2 Resultados de la fase pre y post del grupo experimental	118
5.5.3 Resultados de la fase pre y post del grupo Apoyo psicológico	119
5.5.4 Resultados de la fase pre y post del grupo control	119
5.5.5 Resultados de la fase pre y post tests de los tres grupos	120
5.5.6 Resultados de la pre y post test entre los cuatro factores de la Escala de la ansiedad ante la muerte del grupo experimental	122
5.5.7 Resultados de la pre y post test entre los cuatro factores de la Escala de la ansiedad ante la muerte del grupo apoyo psicológico	124
CAPITULO 6	126
RESULTADOS CUALITATIVOS	126
6.1 Resultados descriptivos	126
6.2 Resultados del conjunto SAM y dimensiones semánticas de ansiedad ante la muerte en ambos sexos	131
CAPITULO 7	133
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	133
7.1 Recomendaciones	139

Referencias bibliográficas	142
ANEXOS	151
Anexo I El instrumento de ansiedad ante la muerte piloto 151	
Anexo II Tabla de Especificaciones de la Escala de Ansiedad ante La Muerte (EAM)	154
Anexo III Clasificación de la Subescala de la Escala de Ansiedad ante la Muerte (EAM)	155
Anexo IV La escala final de 25 reactivos de ansiedad ante la muerte (EAM)	156
Anexo V Proceso logoterapéutico para el grupo A ₁ (experimental)	157
Anexo VI Terapia de apoyo psicológico para el grupo A ₂	160

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Porcentaje de sexo de los sujetos muestra piloto	103
Tabla 2	Promedio de edad de los sujetos muestra piloto	104
Tabla 3	Porcentaje de escolaridad de los sujetos muestra piloto	104
Tabla 4	Medida de adecuación muestral (KMO) y prueba de esfericidad	105
Tabla 5	Registro de las variables para cada factor de la escala final de 25 reactivos	107
Tabla 6	Calificación por factor de la escala final de 25 reactivos	108
Tabla 7	Medida de adecuación muestral (KMO) y prueba de esfericidad (Prueba de Bartlett) de la escala final (25 reactivos)	108
Tabla 8	Varianza total explicada de la escala final (25 reactivos)	109
Tabla 9	Matriz de componentes rotados de la escala final (25 reactivos)	110
Tabla 10	Porcentaje de sujetos por grupo muestra final	111
Tabla 11	Porcentaje de sexo por grupo muestra final	112
Tabla 12	Promedio de edad de los sujetos muestra final	112
Tabla 13	Frecuencia de la edad de los sujetos	113
Tabla 14	Promedio de edad de los sujetos por grupo muestra final	114
Tabla 15	Porcentaje de escolaridad de los sujetos muestra final	114
Tabla 16	Porcentaje de Escolaridad de los sujetos por grupo	115
Tabla 17	Porcentaje de sujetos por tipo de enfermedad y grupo	116
Tabla 18	Resultados de la prueba pretest de los tres grupos	117
Tabla 19	Análisis de Levene y ANOVA para la prueba pretest	117
Tabla 20	Prueba t de Student para muestras relacionadas de grupo experimental	118
Tabla 21	Prueba t de Student para muestras relacionadas de grupo apoyo Psicológico	119
Tabla 22	Prueba t de Student para muestras relacionadas de grupo control	120
Tabla 23	Análisis de ANOVA para la prueba post de los tres grupos	121
Tabla 24	Resultado por factor del grupo experimental en las pruebas pre y post	123
Tabla 25	Resultado por factor del grupo apoyo psicológico en las pruebas pre y post	124
Tabla 26	Distribución de los sujetos masculinos por edad, escolaridad, estado Civil, tipo de enfermedad y lugar de origen	128
Tabla 27	Distribución de los sujetos femeninos por edad, escolaridad, estado Civil, tipo de enfermedad y lugar de origen	129
Tabla 28	Valores ponderados de la definidora Ansiedad ante la Muerte: Conjunto SAM y valor J	130
Tabla 29	Conjunto SAM de la Ansiedad ante la Muerte por sexo	131
Tabla 30	Dimensiones de la Ansiedad ante la Muerte en ambos sexos	131

INDICE DE FIGURAS

Figura 1	Gráfico de sedimentación de 4 factores de la escala final	111
Figura 2	Esquema de Wilber	138

INTRODUCCIÓN

¿Por qué un trabajo de investigación sobre la muerte? Tres grupos de razones abogan a favor de esta elección. En primer lugar, porque la muerte es el acontecimiento universal e irrecusable por excelencia: en efecto, lo único de lo que se está verdaderamente seguro, aunque se ignore el día y la hora en que ocurrirá, su porqué y el cómo, es que se debe morir (Thomas, 1983).

La muerte parece más radical que la vida: potencialmente el número de vivos sólo representa un ínfimo porcentaje de los que habrían podido nacer; en cambio cada hombre sin excepción conoce de antemano su desenlace fatal, hasta el punto de que, como lo señalaba Heidegger, el ser humano es un ser para la muerte. De hecho, vida y muerte, aunque antinómicas, se muestran curiosamente indisociables: el niño que nace lleva en sí una promesa de muerte, es ya un muerto en potencia; pero la persona que fallece puede esperar sobrevivir en la memoria de los que aún quedan con vida, y en todo caso mantenerse parcialmente en el patrimonio genético que lega a su descendencia. Pero también hay que proclamar la necesidad de la muerte: lo que las civilizaciones arcaicas sostuvieron siempre, ¿no acaba de descubrirlo la ciencia moderna? En efecto, la muerte, para el biólogo, es lo que permite la supervivencia cotidiana de la especie (si el grano no muere, dice también el poeta) al asegurarle con su renovación cotidiana sus posibilidades de cambio (Thomas, 1983).

Cada día hay más personas que manifiestan interés por saber algo, hacer algo más, experimentar, por leer sobre la muerte. De hecho, hablar de la muerte es algo delicado y complejo, y a la vez absolutamente simple ya que es el final ineludible de nuestras vidas. Depende de la madurez y reflexiones previas de cada persona. En esta investigación, se trabaja sobre la ansiedad que ocupa la muerte en nuestras sociedades, y de la manipulación ideológica y logoterapéutica de que es objeto. Además de la forma en que la muerte es vivida en diferentes etapas de la vida y cómo, se puede ayudar logoterapéuticamente, desde la naturaleza humana a las personas que cursan con ansiedad ante la muerte, y cómo a su vez, mejorar la calidad y sentido de vida hacia una expresión enriquecedora de la muerte y el dolor (Lukas, 2000).

La ansiedad que se tiene a enfrentar a la muerte es una ansiedad a algo desconocido, la muerte es una experiencia que nadie jamás en vida podrá conocer a ciencia cierta, por lo cual se genera gran ansiedad. La tendencia es a alejar a la muerte de nuestro espectro de vida, sentenciarla al encierro hospitalario, o a los cementerios cada vez más compactos. Si bien es cierto, tanto la muerte como el nacimiento están indicados por importantes cambios biológicos y culturales que puntúan la existencia de cada persona. En la muerte misma es la biología quien impone que sus leyes entrópicas, no obstante nuestra cultura tradicional ha sabido encontrar elementos para postergar la muerte, el avance tecnológico ha producido el desplazamiento de la muerte principalmente al final del ciclo vital, cuando antes lo fue constante en cualquier periodo de la vida. A lo mejor la ansiedad ante la muerte es algo que se ha construido junto con nuestra evolución cultural, en el sentido que nuestro desarrollo cultural accidentalizado se ha planteado en términos de seguridad planificada y predictibilidad, que se refuerzan en la matriz valórica, y de significaciones culturales que se consideran esenciales para vivir (Morin, 1994).

Las ciencias del hombre no se ocupan nunca de la muerte. Se dan por satisfechas con reconocer al hombre como el animal del utensilio (*homo faber*), del cerebro (*homo sapiens*) y del lenguaje (*homo loquax*). Y sin embargo, la especie humana es la única para la que la muerte está presente durante toda su vida, la única que acompaña a la muerte de un ritual funerario, la única que cree en la supervivencia o en la resurrección de los muertos (Morin, 1994).

La muerte se sitúa exactamente en el umbral bio-antropológico. Es el rasgo más humano, más cultural del ántropos. Pero si en sus actitudes y creencias ante la muerte el hombre se distingue claramente del resto de los seres vivientes, precisamente por medio de dichas actitudes y creencias es como expresa lo que la vida posee de más fundamental. No tanto en querer vivir, lo que es un pelonas, sino el propio sistema de vivir (Morin, 1994).

La muerte es, pues, a primera vista, una especie de vida que prolonga, de una forma u otra, la vida individual. Según esta perspectiva, la muerte no es una idea, sino antes bien una imagen, como diría Bachelard cuando lo dijo una metáfora de la vida, un mito si se quiere. Efectivamente, la muerte, en los vocabularios más arcaicos, aún no existe como concepto: se habla de ella como de un sueño, de un viaje, de un nacimiento, de una enfermedad, de un accidente, de un maleficio, de una entrada en la residencia de los antepasados, y con frecuencia de todo ello a la vez. Aún así, tal inmortalidad no supone la ignorancia de la muerte, sino que, por el contrario, es un reconocimiento de su inevitabilidad. Si la muerte, como un estado, es asimilada a la vida, pues está llena de metáforas de vida, cuando sobreviene se la toma como un cambio de estado, un algo que modifica el orden normal de aquella (Morin, 1994).

Uno de los propósitos de este proyecto de investigación fue presentar varios enfoques teóricos relevantes en el estudio de la ansiedad ante la muerte. Neimeyer (1988) realizó estudios empíricos que tratan el tema sobre la ansiedad ante la muerte revela, en general, una gran riqueza de descubrimientos, pero una justificación teórica pobre de la estrategia de investigación. Esta observación, y el hecho de darse cuenta de que existen sistemas teóricos complejos que se pueden usar de manera más eficaz para estudiar la ansiedad ante la muerte, son las principales motivaciones para esta investigación.

El reconocimiento de que el miedo a la muerte es universal se remonta, al menos al trabajo de Hall de 1896; es un concepto que amplió Becker (1973), entre muchos otros; esto es normal según Butler (1963), y Momeyer (1986) dice que no se debería considerar tan inusitado (Neimeyer, 1988). En los últimos años se han considerado varios enfoques, muchos de los cuales se detallaron en este trabajo, para desarrollar instrumento útil que mide la ansiedad ante la muerte desde el punto de vista logoterapéutico

La razón histórica de la compatibilidad de la logoterapia y ansiedad ante la muerte para mejorar el sentido de vida, es que el concepto del hombre como dividido contra sí mismo, preso de su pasado y necesitado de liberación para poder disponer de su vida sana y libremente, es propio de la antropología tanto de la ansiedad ante la muerte (Neimeyer, 1988).

Unos cuantos estudios han enfocado como un constructo unidimensional en este tema. Por ejemplo, los estudios de Bengtson, Cuellar y Ragan (1977) y de Kalish (1986) usaron un solo ítem tipo Likert para una autovaloración del miedo a la muerte. Sin embargo, la mayoría de ellos han asumido el enfoque de que son varios los factores o elementos que forman la ansiedad personal ante la muerte (Neimeyer, 1980).

Detallar la gran cantidad de enfoques diferentes que existen para medir estos elementos va más allá del alcance de esta investigación; sin embargo, Marshall (1982)

ha publicado un trabajo de revisión sobre la medición de la ansiedad ante la muerte, y varios investigadores han revisado más recientemente algunos enfoques sobre la cuestión (Conte, Weiner y Plutchik, 1982; Epting y Neimeyer, 1984; Lonetto y Templer, 1986; Neimeyer, 1988; Thorson y Powell, 1988). Uno de los propósitos de este proyecto es, por supuesto, elaborar y ampliar el trabajo de investigación desde el punto de vista de la logoterapia.

Además, la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester (1969) ayuda a eliminar el problema de la heterogeneidad de contenido de los ítems de las escalas que se usaban para medir el miedo a la muerte en aquellos momentos. Primero, Collett y Lester eliminaron completamente los ítems sobre funerales y cementarios. Segundo, distinguieron entre la muerte y el proceso de morir y entre uno mismo y los otros, dando cuatro subescalas separadas: miedo a la propia muerte, miedo a la muerte de los otros, miedo al propio proceso de morir, miedo al proceso de morir de los otros. Un pequeño problema que tenía esta escala era que cada subescala contenía un número diferente de ítems (9, 10, 6 y 11 ítems respectivamente), que reflejaban la dificultad de escribir ítems para la subescala de miedo al propio proceso de morir. Otro problema de la escala es que los informes que se han realizado sobre su uso indicaban que puede estar mal puntuada. (Neimeyer, 1997).

Se han usado muchos términos para referirse a las actitudes (negativas) hacia la muerte. Las más comunes, además de la ansiedad, son miedo, amenaza, preocupación y aceptación de la muerte. Aunque estos términos se pueden usar (y se han usado), algunas veces, de manera intercambiable, en otros casos reflejan distinciones conceptuales importantes, y con frecuencia van acompañados de intentos de desarrollar escalas centradas en un concepto o en otro (Neimeyer 1988).

El término *ansiedad* tiene una connotación de malestar inespecífico y confusión, que la distingue de otros términos como *miedo o amenaza*. De hecho una teoría como la de los constructos personales de Kelly hace una distinción para que encajara con la de los sujetos que proponen las distintas teorías. En esta investigación, la *ansiedad ante la muerte* es un término genérico que subsume otros más específicos.

Heidegger (1927-1962) es bien conocido por su afirmación, contenida en *El ser y el tiempo*, de que el *ser* es la libertad hacia la muerte. Lo característico de nuestro ser en el mundo es nuestro ser como todavía no, como no cosa. El hecho de darse cuenta de la incapacidad de convertirse en un ser pleno provoca (realmente, es) el estado mental llamado ansiedad. La muerte muestra que no hay esperanza de ser lo que somos (Carse, 1980). La muerte contiene también una promesa positiva: la promesa de *ser* que estará siempre en la manera de ser hacia un fin. Uno puede elegirse a sí mismo auténticamente sólo eligiéndose como ser hacia el fin de sí mismo. Sólo entonces se puede alcanzar la libertad, incluso liberarse de miedo a la muerte (Dickstein, 1978).

La posición de Heidegger implica que la muerte es, por una parte, una amenaza: la amenaza de la no existencia. Por otra parte, de acuerdo con él, darse cuenta de la futura no existencia es una condición previa para el entendimiento pleno de la vida y, finalmente, una condición previa para liberarse de la ansiedad (Davis, 1978).

Se puede esperar un modelo psicológico basado en este enfoque que explique y quizá prediga cuándo prevalecerá una u otra construcción de la muerte (como amenaza a la existencia o como condición de significado). Mientras el análisis filosófico proporciona las principales variables que hay que explicar, a la teoría psicológica le queda la tarea de especificar los mecanismos, circunstancias, etc., para conseguir un modelo que represente una explicación científica de la conducta humana (Chambers, 1986).

La muerte impide que una persona realice sus propias posibilidades. La muerte está en el futuro, pero mi muerte no está en mi futuro. La muerte es el en sí mismo que no se puede experimentar porque no es para experimentarla en sí mismo (Sartre, 1966). En el fondo la muerte reduce la propia existencia a lo que es realmente: una pasión inútil, nada. Desde este punto de vista, la reflexión sobre la muerte es la reflexión sobre la falta de significado de la existencia. Por lo tanto, parece que se debería predecir una ansiedad ante la muerte más alta cuanto más tiempo se emplee en pensar en ella.

Sin embargo, Neimeyer y Chapman (1980) ofrecieron una interpretación más positiva del pensamiento de Sartre cuando usaron la teoría existencial para conectar la ansiedad ante la muerte con autorrealización. Los investigadores ampliaron la afirmación de Sartre, en *El ser y la nada*, de que la muerte reduce a cada uno a su propia esencia, que es su pasado, lo que uno *ha sido*. Dado esto, una persona que ha realizado en gran medida sus proyectos vitales centrales es menos probable que esté ansiosa ante la muerte que una cuyos proyectos permanecen incompletos. Sin embargo, parece que en este punto Sartre está de acuerdo básicamente con la posición de Heidegger, que presenta el refugio en el pasado como inauténtico. No puede haber ningún refugio en el pasado para un ser cuyo modo de ser es *no ser* su propia esencia.

Una manera diferente de explicar la relación entre la ansiedad ante la muerte y la autorrealización sería a través de las teorías de la autorrealización y / o las teorías de búsqueda del significado, en las que las personas se descubren a sí mismas en vez de inventarse (Heidegger, 1962).

Hay dos niveles en los que se podría considerar la no existencia personal. En uno de ellos, uno se considera a sí mismo como otro ser humano. Esta claro, entonces, que la no existencia personal es, a la larga, inevitable. En otro nivel uno intenta considerar la no existencia como un atributo del sí mismo. Sin embargo, un sí mismo inexistente es inconcebible (Nehrke, 1978). La no existencia personal es quizá la mejor analogía metafórica.

Varios teóricos de la personalidad, en particular Maslow (1968, 1970) y Rogers (1959), postularon que los individuos están motivados a realizar sus potenciales internos. La persona autoactualizadora de Maslow tiene, entre otras características teóricas, una mayor aceptación de sí misma, una ansiedad más baja y un miedo a la muerte más bajo. Para Rogers, la autorrealización es un aspecto importante de la tendencia actualizadora. La actualización es una tendencia inherente al mantenimiento y desarrollo del organismo (Aronow, 1979). La teoría de la personalidad de Rogers presenta el sí mismo y el correspondiente deseo de autorrealización como un resultado del proceso de diferenciación (que es una manifestación de la tendencia actualizadora fundamental). El mismo proceso de diferenciación genera, además del sí mismo (una representación simbólica de lo que uno es), el sí mismo ideal, que constituye una representación de lo que uno desea ser.

La ansiedad ante la muerte se examinó a la luz de los conceptos de defensa de Rogers y de su teoría sobre la persona que funciona plenamente. Estar vivo se puede considerar una condición de valía fundamental para las personas que están lejos del ideal teórico. Igualmente, la conciencia de la cercanía de la muerte amenaza a estos sujetos, que se protegen mediante las distorsiones y la negación (Aronow, 1979). Sin embargo, la noción de Rogers de apertura completa a la experiencia en los sujetos ideales cambia el estatus de la muerte como amenaza fundamental. En efecto, para una persona que funciona plenamente, la muerte puede ser una experiencia interesante.

La teoría de Rogers presenta varias nociones que pueden ser fructíferas al analizar las actitudes hacia la muerte. Un sujeto puede flexibilizar su condición de valía construyéndose a sí mismo como una persona valiosa a pesar de que la muerte es

inevitable. La noción crítica que se interesa aquí es la habilidad para mantener la autoestima en condiciones que se interpretan como un movimiento hacia la muerte. Otro concepto útil definido por Rogers es el de sí mismo ideal: la representación de los propios deseos. La muerte puede amenazar con concluir una discrepancia entre el sí mismo y el sí mismo ideal (Becker, 1962).

Las teorías que enfatizan la búsqueda de significado se describirán con frecuencia procesos de reformulación de percepciones, esquemas vitales y actitudes que se producen en circunstancias adversas y que ayudan a recuperar una sensación de propósito en la vida.

Una cuestión importante que tiene que ver con la búsqueda de significado se refiere a la relación de cada uno con su pasado. Respecto a esto, las teorías de búsqueda de significado se pueden ver como complementarias a las de autorrealización (Becker, 1962). Una de las afirmaciones más claras a este efecto es la de Frankl, que en *man's search for meaning* dice: En el pasado nada está perdido irrecuperablemente, sino que todo está almacenado irrevocablemente (Heidegger, 1962). Haber sido es la manera más segura de ser.

El significado consiste en orden (del mundo y del lugar que cada uno ocupa en él) y en propósito (de la propia vida). Los acontecimientos negativos se pueden afrontar cambiando el esquema vital de manera que se acomode a los acontecimientos negativos, por ejemplo el cáncer o cambiando la percepción que uno tiene de ellos (Epting, 1979). En este contexto se puede interpretar la primera alternativa como un intento de validar la vida a pesar de la muerte. Un cambio de actitud respecto al propio pasado, que se puede considerar como la manera más segura de ser, en vez de cómo algo que ya no existe parece ser de este tipo.

Un marco conceptual sugiere la existencia de dos componentes en la integración de la muerte: uno se centra en el sí mismo, sus logros, su pasado, etc., y el otro lo hace en la muerte en sí misma, que se puede reconstruir para encajar la necesidad de encontrarle significado (Thompson y Janigian, 1988).

Un concepto importante en los enfoques freudianos y neofreudianos es el de los mecanismos de defensa que usa el ego para evitar la ansiedad que provoca los estímulos internos o externos. Un paso adelante natural sería invocar estas defensas como protección contra la inaceptabilidad de la muerte personal. Este paso no lo dio el propio Freud, sino pensadores psicoanalíticos como Rank y Brown (Neimeyer, 1988). Desde este punto de vista, los niveles altos de ansiedad ante la muerte (consciente) se pueden interpretar como un fracaso en los mecanismos protectores y principalmente en el mecanismo de la negación. A la inversa, la habilidad para negar la muerte sin sentirse demasiado molesto por las propias mentiras se puede considerar la esencia de la normalidad (Becker, 1962).

La ansiedad ante la muerte está determinada por dos factores. Un factor refleja la salud psicológica global, tal como la ponen de manifiesto las medidas de ansiedad y depresión generales. El segundo factor refleja experiencias vitales específicas que tienen que ver con el tema de la muerte. El primer factor representa La ansiedad ante la muerte (probablemente en un sentido relativamente restringido), mientras que el segundo factor representa claramente el miedo a la muerte (Gilliand y Templer, 1986).

Los psicólogos del ciclo vital (Kastenbaum, 1979; Levinson, 1977; Neugarten, 1968) han postulado que los diferentes grupos de edad varían en sus actitudes hacia la muerte, en parte debido a su proximidad y exposición diferencial a la misma. La investigación realizada hasta ahora se ha centrado principalmente en las diferencias de edad respecto al miedo a la muerte. Aunque Templer, Ruff y Franks (1971) no encontraron relación entre la edad y la ansiedad ante la muerte, otros investigadores han

encontrado que los ancianos tienen menos miedo (Feifel y Branscomb, 1973; Iammarino, 1975; Wass y Myers, 1982).

Con un enfoque multidimensional de las actitudes ante la muerte, el cuadro es más complejo. Nelly, Sherry y Piotrowski (1984) midieron tres dimensiones separadas de actitudes hacia la muerte: evaluación de la muerte en general, creencia en el más allá y ansiedad ante la muerte referente al sí mismo. Respecto a la evaluación de la muerte en general, los adultos estaban menos ansiosos que los jóvenes y los ancianos. El grupo de ancianos creía más en una vida después de la muerte que los adultos, pero éstos no se diferenciaban significativamente menor respecto a la propia muerte que los grupos más jóvenes.

La reducción de la ansiedad ante la muerte en la ancianidad debería ir acompañada de un aumento en su aceptación. Erikson (1963) sugirió que la principal tarea evolutiva en la tercera edad es aceptar el propio pasado y la realidad de la muerte. Por lo tanto, los ancianos deberían mostrar mayor aceptación neutral. En efecto, Gesser y otros (1987) encontraron que este tipo de aceptación aumentaba con la edad.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Todos los seres humanos somos diferentes, cada uno de nosotros es un ser único, una composición de influencias múltiples. Cada persona es una acumulación de material genético, factores culturales, antecedentes familiares, experiencias personales, etc., y su forma de enfrentar los problemas es única. Por lo tanto, cuando se experimenta la ansiedad ante la muerte por una enfermedad, estos factores son algunos que determinan las diferencias en las reacciones de los pacientes (O' Connor, 2001).

Las actitudes humanas hacia la mortalidad son inherentemente temporales, en el sentido de que tratan esencialmente sobre lo que se vive en el momento. Por esta razón es importante realizar investigación sobre la ansiedad ante la muerte en los pacientes con ansiedad ante la muerte. Los enfermos experimentan la ansiedad ante la muerte cuando se enfrentan a algo que es desconocido, que no se puede interpretar dentro de los límites de sus creencias actuales. La ansiedad ante la muerte representa también una emoción transicional relacionada con la conciencia de un cambio general inminente en las estructuras nucleares (Neimeyer y Moore, 1989).

La ansiedad ante la muerte es una amenaza que empeora la calidad y sentido de vida en los enfermos que la padecen. Por eso es importante proporcionarles un apoyo de terapia logoterapéutica con el fin de mejorar la calidad y sentido de vida en esas personas. El punto clave es que tanto la contemplación de la propia vida como la anticipación de la propia muerte pueden contribuir al nivel de aprensión o incomodidad del enfermo con ansiedad ante la muerte respecto a su propia mortalidad.

Los pacientes con ansiedad ante la muerte, aprenderán a través de un proceso logoterapéutico, a vivir disminuyendo la ansiedad ante la muerte, así, se mejorarán su calidad y sentido de vida. En concreto, la presente investigación plantea los siguientes problemas: ¿se puede mejorar el sentido de vida mediante logoterapia en pacientes con ansiedad ante la muerte? ¿Habrán diferencias significativas entre los pacientes con ansiedad ante la muerte que recibirán tratamiento que aquellos sin tratamiento? ¿Qué deferencias hay entre la logoterapia y apoyo psicológico con ansiolíticos después de las pre y postprueba?

1.2 JUSTIFICACIÓN

En cierto sentido, esta investigación: Logoterapia para Mejorar el Sentido de Vida, en Pacientes con Ansiedad ante la Muerte, representa una larga respuesta a una pregunta breve: ¿se puede mejorar el sentido de vida mediante logoterapia, en pacientes, con ansiedad ante la muerte?

Muchos investigadores (Conte, Weiner y Plutchik, 1982; Epting y Neimeyer, 1984; Lonetto y Templer, 1986; Neimeyer, 1988; Thorson y Powell, 1988) se han dirigido a los estudios de la muerte con relación a miedo a la muerte, la ansiedad ante la muerte, la relación de la ansiedad ante la muerte y la religiosidad, la enfermedad física, la vida en ambientes urbanos peligrosos, (Neimeyer, 1994), pero ninguno se ha interesado en estudiar como aplicar la logoterapia como una alternativa para mejorar el sentido de vida, en pacientes con ansiedad ante la Muerte con la elaboración de un instrumento: La Escala de Ansiedad ante la Muerte, valida y confiable para evaluar, estudiar y tratar a los pacientes con un diseño experimental de pre y post pruebas.

La ansiedad ante la muerte en personas enfermas puede provocar alteraciones fisiológicas, psicológicas, biológicas, psicosomáticas, psíquicas, sociales, etc., que deterioran la calidad de las personas enfermas, por ende, causa bajo sentido de vida y consecuentemente acelera la muerte de ellas (Dickstein, 1978). Este trabajo de investigación trata de estudiar a las personas enfermas que presentan ansiedad ante la muerte con el propósito de darles a ellas un apoyo logoterapéutico y así mejorar el sentido de vida con el menor grado de ansiedad ante la muerte. Asimismo, el buen manejo de la ansiedad ante la muerte aumenta la probabilidad de mejor sentido de vida.

Luego del relato de Frankl de sus experiencias en el campo de concentración se llega a concluir que no hay nada en el hombre que le pueda condicionar de tal modo que le prive de la más mínima libertad. En este sentido, la logoterapia, a los enfermos con ansiedad ante la muerte, les queda un resto de libertad que les permite disminuir la ansiedad ante la muerte y mejorar su sentido de vida, conservando su dignidad humana. Este es el credo logoterapéutico que se postula en este trabajo de investigación.

Se aplicó la logoterapia a los pacientes porque consiste en *logos* una palabra griega que significa “*sentido*” o “*propósito*”. La logoterapia se centró en el significado de la existencia humana y en la búsqueda de dicho sentido por parte del hombre. La primera fuerza motivante es la lucha por encontrarle un sentido a la propia vida y por eso Frankl se refiere a la “*voluntad de sentido*” en contraste con el principio de placer freudiano y la voluntad de poder de Adler (Outes, 2002).

La búsqueda de sentido de la vida constituye una fuerza primaria, inherente al hombre, y no una racionalización. Es uno mismo quien debe encontrarlo. Solo uno mismo puede encontrar el significado a la propia voluntad de sentido. Es una cuestión de hecho y no de fe. El hombre tiene un genuino deseo de una vida lo más significativa posible. El sentido no hace, no hace de la existencia sino algo que se hace frente a la existencia. Tiene carácter de exigencia, de desafío, de motivación. No se inventa el sentido de la existencia sino que se descubre (Villagra, 2002).

En cuanto la logoterapia hace a los pacientes con ansiedad ante la muerte concientes del *logos* (sentido) oculto de su existencia, es un proceso analítico. Todo análisis pretende hacer a los concientes de lo que anhela en lo más profundo de su ser; pero la logoterapia difiere del psicoanálisis en cuanto considera al hombre como un ser cuyo principal interés consiste en cumplir un sentido y realizar sus principios morales, y no en la mera gratificación y satisfacción de sus impulsos e instintos (Villagra, 2002).

La búsqueda de ese sentido podrá nacer de la ansiedad ante la muerte y no equilibrio interno, pero esa ansiedad es requisito para la salud mental.

Se aplicó la logoterapia para mejorar el sentido de vida ante la ansiedad de la muerte en los pacientes con ansiedad. La logoterapia es una medida psicoterapéutica eficaz en ayudar a las personas cuyo sentido de vida se ve afectado en distintas formas, en especial ante la ansiedad de la muerte (Lantz, 1986). Es la búsqueda de significado como una motivación humana primaria. Desde que las personas son capaces de decidir, también son responsables por sus decisiones. La logoterapia ofrece ayuda en la reorientación y recuperación por el reforzamiento de la confianza en el significado incondicional de la vida y la dignidad de la persona.

Los pacientes con ansiedad ante la muerte, ante una situación inevitable, una enfermedad incurable, se presenta la oportunidad de realizar el valor supremo. Lo que importa es la actitud ante el sufrimiento. Desde que la terapéutica no puede aliviarse el sufrimiento por la ansiedad ante la muerte, pero sí ayudar a cambiar la actitud y ante éste y así disminuir la ansiedad, mejorando el sentido de vida de los pacientes.

1.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1¿Existen las mismas condiciones en la ansiedad ante la muerte para todos los sujetos incluidos en el estudio (grupo experimental, grupo de apoyo psicológico y grupo control) antes de la intervención?

2¿La aplicación de logoterapia es eficaz para mejorar el sentido de vida en los pacientes con ansiedad ante la muerte?

3¿El apoyo psicológico y los ansiolíticos ejercen una influencia significativa para mejorar el sentido de vida?

4¿Cuál de estos tipos de intervención (logoterapia y apoyo psicológico) ejerce mayor influencia sobre el mejoramiento de sentido de la vida en los pacientes con ansiedad ante la muerte?

1.4. HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN

La logoterapia constituye una psicoterapia más efectiva en el mejoramiento de sentido de vida en los pacientes con ansiedad ante la muerte.

1.4.1. HIPOTESIS ESTADÍSTICO

1.4.1.1 HIPÓTESIS NULA (H₀)

No existe diferencia significativa entre el grupo A₁ con los grupos A₂ y A₃ y en los puntajes obtenidos después de la postprueba.

$$N_1 = N_2 = N_3$$

H₀ No existen diferencias significativas en el grupo experimental entre la pre y post de cada uno de los cuatro factores de la escala de ansiedad ante la muerte.

H₀ No existen diferencias significativas en el grupo de apoyo psicológico entre la pre y post de cada uno de los cuatro factores de la escala de ansiedad ante la muerte.

1.4.1.2. HIPÓTESIS ALTERNATIVA (Hi)

Existe diferencia significativa entre el grupo A₁ (Experimental) con los grupos A₂ (Apoyo Psicológico) y A₃ (Control) después de la intervención logoterapéutica.

$$N_1 \neq N_2 \neq N_3$$

(N = número de grado de la ansiedad ante la muerte en promedio por cada grupo).

Hi Existen diferencias significativas en el grupo experimental entre la pre y post de cada uno de los cuatro factores de la escala de ansiedad ante la muerte.

Hi Existen diferencias significativas en el grupo de apoyo psicológico entre la pre y post de cada uno de los cuatro factores de la escala de ansiedad ante la muerte.

1.5 OBJETIVOS:

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el sentido de vida en los pacientes con ansiedad ante la muerte antes y después de la logoterapia con una escala de ansiedad ante la muerte aplicada.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar si la logoterapia tiene una influencia importante en el mejoramiento de sentido de vida en pacientes con ansiedad ante la muerte.

2. Proporcionar la logoterapia a enfermos con ansiedad ante la muerte para mejorar su sentido de vida.

3. Analizar entre el factor de apoyo psicológico con uso de ansiolíticos en el mejoramiento de sentido de vida en los pacientes.

4. Analizar si hay o no diferencias entre el factor mencionado con respecto a la importancia de mejoramiento de sentido de vida en los pacientes.

5. Desarrollar un instrumento: Escala de Ansiedad ante la Muerte valido y confiable para estudiar y evaluar respectivamente, a los pacientes con ansiedad ante la muerte.

1.6 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

La ansiedad ante la muerte es una realidad que sufren muchos enfermos delicados. Por ello pueden llegar a sufrir bajo sentido de vida. La logoterapia ayuda a los pacientes con ansiedad ante la muerte a mejorar su sentido de vida.

El temor a la muerte se disminuye en los pacientes y así se mejora el sentido de vida en cada uno de ellos.

Aunque muchos psicólogos se han dedicado a los estudios de la muerte, ninguno se ha enfocado a desarrollar una logoterapia para mejorar el sentido de vida en los pacientes con ansiedad ante la muerte, en especial con las enfermedades descritas anteriormente. Este trabajo de investigación ayuda a muchos campos de salud para brindar el apoyo necesario a los pacientes de cualquier otra enfermedad no descrita en el trabajo.

En cuanto a la relevancia social, la logoterapia impacta en las personas disminuyendo en el nivel de tristeza, ansiedad, depresión, dolor, miedo, angustia, así mismo mejora las relaciones personales, familiares y bienestar social de todo el entorno.

Habiendo buen manejo de la ansiedad ante la muerte por la logoterapia y apoyo psicológico, la persona podrá tener mejor rendimiento personal en la labor que desempeña.

Este estudio trata de motivar a los psicólogos y psicoterapeutas, lo mismo a las personas que sufren la ansiedad ante la muerte con bajo sentido de vida en sus existencias.

El instrumento desarrollado por el investigador: La Escala de Ansiedad ante la Muerte, proporciona mucho apoyo a otros investigadores interesados en este campo de investigación.

Abrir más campos de investigación al futuro sobre la muerte como parte del ciclo vital, un mal necesario en la existencia del hombre.

1.7 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

ANSIEDAD. Respuesta psicológica y/o biológica al estrés. Los sentimientos de ansiedad envuelven aprehensión o preocupación que se pueden presentar junto con dificultades cognitivas, hipersensibilidad, mareos, debilidad muscular, dificultades en la respiración, latidos irregulares del corazón, sudor y sensaciones de miedo. La ansiedad, típicamente es una respuesta saludable y natural ante las experiencias de la vida. Sin embargo, una respuesta exagerada o una ansiedad crónica, indica muchas veces un trastorno de ansiedad. La ansiedad puede ser producida por estrés externo (ansiedad exógena) o estrés interno (ansiedad endógena) (Vázquez, 1990).

ACTITUDES ANTE LA MUERTE. Las actitudes frente a la idea de la muerte han ido variando a través del tiempo y de las distintas sociedades y culturas. Tal y como se apuntaba anteriormente la muerte en esta cultura posmodernista con su lógica del consumo, su desprecio por la experiencia pasada, la urgencia de vivir rápido y pasar, no soporta la muerte porque es considerada como fracaso y por ello se trata de negarla y ponerla fuera de la propia vista y de los otros (la muerte solitaria con los respiradores, sondas con los respiradores, sondas y sueros como únicos acompañantes, tanatorios y cementerios alejados de las ciudades) (López, 2001).

DEPRESIÓN. La depresión frecuentemente acompaña a los trastornos de ansiedad y, cuando esto sucede, también debe atenderse. Los sentimientos de tristeza, apatía o desesperanza, cambios en el apetito o en el sueño así como la dificultad en concentrarse que frecuentemente caracterizan a la depresión pueden ser tratados con efectividad con medicamentos antidepresivos o, dependiendo de la severidad del mal, con psicoterapia. Algunas personas responden mejor a una combinación de medicamentos y psicoterapia. El tratamiento puede ayudar a la mayoría de las personas que sufren de depresión (Davis, 1978).

DOLOR. Sensación específica estimulada por poderosos procesos en diversos tejidos corporales, suponiéndose comúnmente que el impulso es transmitido por una serie distinta de nervios que tienen una rápida salida motora (Sanz, 1991).

EUTANASIA. Con el desarrollo de la ciencia médica, la genética, la biología, y otras ciencias que tienen que ver con el ser humano, la vida del mismo ha mejorado; de

manera similar se poseen medios muy avanzados para prolongarla o evitar muertes humanas por causas determinadas científicamente. Con instrumental y medicamentos muy sofisticados se pueden superar ciertos fenómenos que podrían ser mortales hace apenas unos años. Al enfermo o al accidentado se le puede someter a cuidados tales que posibiliten evitarle la muerte por un tiempo determinado pero, en muchas ocasiones, no es seguro que se logre. Se presenta el dilema: se le sostiene con medios artificiales o permitir que el proceso siga un curso espontáneo dentro del cual no hay interferencias mecánicas o artificiales por más avanzadas que ellas sean (Breyspraak, 1984).

LOGOTERAPIA. La Logoterapia es reconocida a nivel mundial como la Tercera Escuela Vienesa de Psicoterapia, entendiéndose como la primera al Psicoanálisis de Sigmund Freud y como la segunda a la Psicología Individual de Alfred Adler. La Logoterapia es un tratamiento psicoterapéutico creado por el Dr. Viktor Emil Frankl basado en el "Logos". La traducción que él hace de la palabra "Logos" es la de "sentido", "significado", "propósito", lo que significa que la Logoterapia se concentra en la búsqueda del sentido de la existencia humana; en la conciencia individual que responde positivamente al interrogante que le plantea la vida a cada persona. La Logoterapia detecta y hace el diagnóstico de los síntomas de Vacío Existencial y despierta en el ser humano, la responsabilidad ante sí mismo, ante los demás y ante la vida, para que sea la misma persona la que encuentre motivos para vivir en los Valores Vivenciales, que le dan sentido al amor; en los Valores Creativos, que le dan sentido al trabajo, y en los Valores Actitudinales, que le dan sentido a la vida, aún en circunstancias adversas (Frankl, 1990).

MORIR. Morir significa dar por terminado algo, finalizar un ciclo; la palabra se usa para los espacios vitales del ser, es decir, para el ser vivo animal e incluso para los vegetales, para la flora de nuestra naturaleza. Aunque no se usa para referirse a la materia "inerte", ella también se encuentra en evolución permanente aunque más lenta y por ello se puede decir que las estrellas nacen y mueren, que las rocas se transforman, desaparecen, mueren. Todo en el Universo es un proceso de nacimiento y muerte porque todo es cambio y transformación. Nacimiento y muerte son dos formas de manifestarse la evolución universal de la materia (Carse, 1980).

MIEDO. Comportamiento emotivo caracterizado por un tono afectivo de desagrado, y acompañado de actividad del sistema nervioso simpático con varios tipos de reacciones motoras, como temblor, encogimiento, huida, ataques convulsivos (Nehrke, 1978).

SENTIDO DE VIDA. Es algo único e inigualable, algo que siempre habría que descubrir, mientras los valores son universales del sentido, ya que no pertenecen a situaciones únicas e inigualables, sino a situaciones típicas que se repiten, es decir, que corresponden a la condición humana (Frankl, 1991).

VIDA. La vida se presenta, entonces, como un fenómeno natural cuyo origen, evolución y fin se desenvuelve en el planeta que habitamos. Si se considera el vivir en esa forma, ello será para nosotros algo tan natural que no necesita explicación. Sin embargo, el largo trayecto histórico por el cual ha venido evolucionando en tan largo tiempo la humanidad, se conduce a tomar una actitud concreta ante la vida. Todo ser humano posee un criterio sobre la vida, sobre sus semejantes, sobre la naturaleza, sobre el Universo que puede percibir por medio de sus sentidos (Cano-Vindel, 1999).

1.8 LIMITACIONES

- Puede ser que los estudios previos realizados en México sean pobres.
- La muestra por el mismo tipo de investigación es pequeña, por ello no se podría generalizar demasiado.
- Toda psicoterapia tiene un grado de dificultad por la poca experiencia del terapeuta o la resistencia de los pacientes.
- La mayoría de la muestra fueron mujeres y son amas de casa.
- Algunas variables como el entendimiento de la prueba pudieran alterar los resultados.
- La influencia de los sujetos por los familiares, amigos etc., como por ejemplo ¿no te afecta tu enfermedad? Pudiera afectar el comportamiento de ellos en los resultados.

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO

2. MUERTE

La muerte es un hecho cotidiano, implícito a la vida y posiblemente la única certeza que tiene el ser humano. A pesar de esto, la idea de la muerte queda relegada, apartada e incluso es eludida por la mayoría de las personas, constituyéndose como tabú el sólo mencionarla. Esto provoca que su presencia nos llene de miedo, dolor y sufrimiento al no saber como tratarla, ni estar preparados para asumirla con naturalidad. Debido esto principalmente, a la cultura en la que se vive que oculta y evita hablar de ella ya que en el fondo es concebirla como fracaso. Fracaso personal, biológico, médico y/o tecnológico. Y ahí es donde aparece la religión, generadora de esperanza ante el gran misterio de la vida: la Muerte. La idea de Muerte ha sido abordada desde distintas disciplinas: filosofía, antropología, medicina, psicología... que enfocan el quehacer del hombre, y encontramos que muerte al igual que la vida está condicionada por factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Si bien es una inquietud que aparece en cualquier momento de la vida, basta toparse con la muerte más o menos de cerca, para que la idea se vuelva movilizante pero siempre en estos casos, es claro que la muerte es de otros, es ajena (Belando, 1998).

Trabajar este tema requiere un aprendizaje. Aprendizaje que se debe producir a lo largo de toda la vida. Por ello se debe más incidir en la idea de la muerte propia como ese hecho universal y necesario que va a ocurrir inevitablemente, (estemos preparados o no), y que repercutirá en cada persona de forma singular, y única. No hay dos muertes iguales, al igual que no existen dos vidas idénticas. Se esta convencido de que se prepara para morir, llena de paz nuestra vida, hace que se relativize las pérdidas y los fracasos y se disfrute más el momento presente (*carpe diem*). La forma de concebir la propia muerte, así como la elaboración de los numerosos duelos que se realizan a lo largo de toda la vida, formarán parte del quehacer diario asumiendo, analizando y aceptando estas situaciones con una actitud psíquica saludable lo que conlleva una apuesta por la vida y nos proporciona sin duda, una mayor calidad de vida. (Belando, 1998).

Las personas mayores se encuentran en este proceso del envejecimiento con otra cara de la muerte, ya no solamente son los otros los que mueren, sino que es la muerte propia la que empieza a preocuparles (se percibe más cercana), y se presenta de la mano de la idea de tiempo. El tiempo, ese tirano implacable, inexorable de las dimensiones en donde transcurre el hombre, se recoge cuando se nace y se hace bajar cuando el plazo termina. Es este contacto con el tiempo, el transcurrido y el por venir, el que hace que las personas mayores tomen conciencia de él. Y es en estos años cuando se realiza balance de lo vivido y se percibe el futuro como la cercana cuenta atrás, el cronómetro al que sólo le quedan minutos y horas, pero inciertos días e inalcanzables años. La muerte se percibe cercana y junto a ella aparecen la angustia y las quejas por lo no vivido, así como el miedo a ese paso incierto y desconocido (Cobo, 1999).

La vivencia de lo inevitable, de la finitud y transitoriedad del ser humano, la idea de ser mortal es concebida de forma distinta para las personas mayores. La única vivencia cierta de la muerte, es la de "no ser" "dejar de ser" y esto a través del conocimiento que da la muerte de los otros. La angustia que suscita el pensar en la muerte es en ocasiones muy reprimida movilizando defensas construidas a través del tiempo. Los tiempos que provoca están relacionados con el acto de morir y lo que

ocurre después. Ya se está considerando el morir como el punto final o como el tránsito a otra cosa, esto despierta miedo, sentimientos de posible sufrimiento o de soledad y desamparo. En torno al después se agrega el miedo a lo desconocido. Los que tienen la creencia de un cielo o el encuentro con Dios y los seres queridos (católicos y musulmanes), o de la existencia de nuevas vidas o reencarnaciones (budistas e hinduistas); ponen mucha atención en el cuidado de estos conceptos. Pero ya se está trabajando con la idea de muerte como final, como el principio de una nueva vida o Iluminación, o como no-existencia, se ubica el centro del enfoque en la vida, es decir, el trabajar la muerte como algo inherente y necesario de la vida deviene en valorizar el tiempo de vivir (Cobo, 1999).

El miedo a morir se confunde con el propio miedo a vivir. Con el miedo a la muerte se vinculan los miedos a la enfermedad, al sufrimiento, a la vejez, pero el miedo a la muerte tiene como punto de referencia el miedo al no ser y a la duda existencial del por qué ser ahora y no ser después: que sentido tiene ser si algún día se dejará de ser. Morir supone el temor a la no existencia y al misterio. De hecho la preocupación y el miedo a lo que hay tras la muerte ha dado pie a uno de los máximos fenómenos culturales de la civilización: las religiones. El misterio y la sensación de incertidumbre que provoca la muerte tiene forzosamente que producir miedo. Todo lo desconocido produce temor, pero, si además es irreversible y representa la imposibilidad de retorno, es lógico que se produzca miedo. "Este sólo es comparable si se integra la muerte en el fenómeno global de la vida y se logra sentir por ella suficiente pasión y entusiasmo para compensar el temor a su final". (Corbella, 1990: 276-287).

Las actitudes frente a la idea de la muerte han ido variando a través del tiempo y de las distintas sociedades y culturas. Tal y como se apuntaba en el apartado anterior la muerte en esta cultura posmodernista con su lógica del consumo, su desprecio por la experiencia pasada, la urgencia de vivir rápido y pasar, no soporta la muerte porque es considerada como fracaso y por ello se trata de negarla y ponerla fuera de la propia vista y de los otros. Pero también las actitudes se modifican a lo largo de la propia vida y en relación a la realidad sociocultural de cada individuo, lo que imprime un sello único. Esto viene dado en gran medida por la historia personal en cuanto a las pérdidas vividas y forma de elaborar los duelos frente a las mismas, así como por el contexto afectivo con el que cuentan las personas mayores. (Corbi, 2001).

En cuanto a las actitudes de las personas mayores frente a la muerte autores como López Aranguren (2001:34-35) han estudiado ampliamente este tema y aportado algunas propuestas. La actitud que cada cual adopte ante la muerte dependerá ciertamente de las creencias religiosas o agnósticas, de la concepción filosófica, así como de la capacidad para enfrentarse con la realidad de la vida o con la realidad o no de la muerte. López Aranguren (2001) analiza estas actitudes ante la muerte: 1º *Muerte eludida*: no se puede imaginar un mundo en el que no exista por lo que la muerte es impresentable. Produciéndose incluso una represión natural del pensamiento de la muerte. No sólo se niega la muerte, sino que hoy la muerte del otro tiende a hacerse desaparecer o se anestesia ante ella. Tal vez con la vana esperanza de hacerla desaparecer. De la cuasi-eliminación de la muerte. Eludir la pasa a convertirla en utopía más o menos pseudo científica. Es una forma de eludir la muerte teniéndola presente y luchando contra ella. 2º *Muerte negada*: desde esta actitud se percibe la muerte como tránsito, "salida" en continuidad, de una situación a otra, de "esta vida" a la "otra vida". Continuidad absoluta (platónica inmortalidad del alma) o relativa (resurrección cristiana del cuerpo humano). 3º *Muerte apropiada*: en este caso vivir es inseparable de morir, por lo que, como pide Rilke (1990), "trabajarla" e incluso "dar la luz". Heidegger (1962) precisa que la muerte es consubstancial a la vida. 4º *Muerte buscada*: como seguimiento

del impulso fanático freudiano o aceptación de la "nada" que en definitiva es. 5° *Muerte como absurda*: ya que según Sastre priva a la vida de toda significación y le arrebatada su sentido (Belando, 1998).

Moragas, citado por Belando (1998:208-210) menciona que la actitud ante la muerte está condicionada por la situación personal, pero que en general, las personas mayores la aceptan mejor que los jóvenes, las mujeres mejor que los hombres y las personas religiosas o creyentes mejor que los no practicantes, aunque concluye que esto es totalmente variable dependiendo de las culturas y naciones. Igualmente, distingue actitudes positivas y negativas ante la muerte. Se puede reaccionar positivamente cuando se considera la muerte como: liberación de una situación negativa o, que ésta proporcionará una existencia espiritual, superior o mejor que su vida terrenal. Las actitudes negativas están ocasionadas por la asociación del dolor y sufrimiento en el proceso de morir, porque suceda demasiado pronto o queden sin terminar o resolver trabajos que se estaban realizando o se iban a hacer. Y también es valorado como negativo por el dolor que provoca en los demás. Mishana y Riedel, citados por Belando (1998:210-211) consideran que las actitudes ante la muerte varían dependiendo de la edad y cultura. Y parece ser que la religión no es un factor influyente en los sentimientos provocados por la muerte. En cuanto a los factores culturales que inciden en la experiencia de la muerte son los siguientes: La urbanización. El declive de la religión, y con ella el debilitamiento de las relaciones sagradas y racionales que el hombre mantenía con la muerte, La evolución de la técnica médica, el paso de la familia numerosa a la familia nuclear, las modificaciones epidemiológicas, el advenimiento de la era atómica y la evolución de las prácticas y de las costumbres fúnebres (Barley, 2000).

¿Quién podrá pensar sobre la vida? ¿Y sobre la Muerte? ¿Quién? Es algo sobre lo cual la mayor parte de la humanidad no tiene tiempo para reflexionar. Sencillamente porque se vive sobre la necesidad del mismo vivir. Parece un mosaico de contradicciones pero la vida misma, y su correlato, la muerte, son una unidad de contrarios. Para poder pensar sobre la vida es esencial vivir sobre una estructura material que, en primer lugar se permita sobrevivir materialmente; pero esto no es suficiente; es necesario poseer otra clase de elementos: la cultura y lo que ella significa. Pero tampoco estos dos aspectos del existir son el todo: es necesario, además, haber trascendido la ideología dominante hasta ahora en la historia humana: la ideología de la propiedad individual. Mientras se viva esclavo de la propiedad individual no se podrá pensar la vida; pero sí, en gran parte, se vivirá atemorizado por la muerte (Grof, Stanislav y Christina, 1990).

Entonces, el gran interrogante, en este espacio del pensar es: ¿Es cada uno dueño de su propia vida? Pero, aún más: ¿Qué piensa sobre lo que se ha de hacer con la vida? y, si la Muerte es algo inevitable, ¿qué cree que deja de su propia vida cuando la Muerte se produzca? Estos interrogantes solamente los manejan quienes han trascendido ideológicamente el fenómeno mismo de la vida, es decir quienes han llegado a la consciencia de que la vida se pertenece en su totalidad y que, por ello mismo, la muerte también es global (Grof, Stanislav y Christina, 1990).

Desde las más remotas sociedades ha habido individuos esclarecidos intelectualmente que han pensado en los fenómenos de la vida y la muerte, pero su pensar sobre ellas se ha encontrado, hasta entonces, limitado por el poco conocimiento que se había adquirido sobre la esencia de la vida. En este momento, el desarrollo de la ciencia, la técnica y el conocimiento en general, nos pueden mostrar, en forma evidente, la esencia de la vida humana. Pero ese conocimiento también se halla limitado a una élite de pensadores: aquellos que han trascendido los espacios de la normalidad social

existente. Quienes han podido obtener, del concurso humano mismo, la posibilidad de profundizar en el conocimiento filosófico materialista dialéctico, único medio real en la perspectiva de visualizar la esencia de los fenómenos universales; y entre esos fenómenos está el de la vida y el de la muerte (Englewood, 1975).

Quienes se hallan ubicados en los espacios del pensamiento materialista dialéctico, se encuentran enfrentados, radicalmente, a quienes se localizan en los terrenos del idealismo y el espiritualismo como su consecuencia existencial. De ahí que estos últimos valoren la vida y la muerte como fenómenos ajenos a ellos mismos, felices de su existencia porque sus creencias les llevan el consuelo de una existencia trascendental que, sin conocerla, la consideran real. Por ello, la felicidad es una categoría vivencial relativa: hay quienes la consideran como el resultado de comprender la esencia del vivir y hay quienes se la reservan para otra clase de existencia, ajena a la que viven realmente; claro que también hay otros que aunque sin pensar la vida y tampoco la muerte, viven en la telaraña social sin darse cuenta en forma material, sin importarles ni la vida ni la muerte; solamente, cuando algún incidente o accidente choca con sus vidas, despiertan a la misma y adquieren el temor de la muerte. Es la mayoría de las gentes que, instintivamente, sobreviven en el planeta tierra sin norte ni sur, al compás de la necesidad vital. Y todos, esperando vivir y esperando la muerte como representando, unas veces una comedia, otras una tragedia. En estas existencialidades transcurren la vida y la muerte en el devenir de nuestro querido planeta tierra (Englewood, 1975).

Si se detiene a pensar sobre esto de la vida y la muerte es porque la consciencia de ellas se ha convertido en una existencialidad real. No es porque se afane la existencia de ellas sino porque, conociéndolas, se podrá disfrutar: porque de lo que se trata, para los materialistas dialécticos, como el hombre, es de vivir la armonía de la existencia: de la existencia de las vidas, de la existencia de la naturaleza de la cual se forma indisoluble parte, de la existencia de las amistades, de la existencia de lo real que son. En esa perspectiva la vida y la muerte adquieren un profundo significado: el de que son, el de que existen y el de que lo que les rodea debe formar parte del disfrute existencial. Eso es lo que se viven quienes han trascendido la alienación en el objeto que, siendo producido por el humano, se convierte en su amo y señor al cual sirve como esclavo (López, 2001).

Liberarse de la necesidad implica liberarse de la ideología de la propiedad individual y acceder a los espacios de armonía vivencial que genera la propiedad colectiva. Solamente quienes pueden pensar el fenómeno pueden disfrutar de él. Vivir, sobrevivir y llegar al morir, sin haber pensado el fenómeno, es el proceso de la instintividad de los seres vivos; vivir y morir dentro del espacio del pensar el fenómeno es el proceso de la racionalidad de quienes han alcanzado la cumbre de la esencia humana. La humanidad no ha llegado aún a estas cimas, pero algunos de los individuos que la componen sí. Es la realización de la categoría de la calidad que surge de la cantidad pero que se produce como necesidad del devenir viviente. La cuestión es, entonces, para el hombre, algo que trasciende el existir; en esa perspectiva se considera que señala un camino; envía un mensaje a los congéneres; si ellos lo reciben podrán acceder a los niveles que han conquistado; si no lo pueden lograr por falta de los elementos ideológicos necesarios para tal fin, el futuro sí estará construido sobre el acumulado que se venía adquiriendo con el hacer material y cultural (López, 2001).

La mayor parte de las personas nunca se detiene a reflexionar sobre lo que significa o lo que es su propia vida; no posee el espacio que permite pensar lo que ella representa tanto individual como social, familiar, o grupalmente. Simplemente se "vive" y, al vivir predominantemente en forma biológica, se olvida que también las plantas

viven, los animales viven. El vivir humano ¿es diferente? Y se pregunta, entonces, en qué se diferencia del vivir de otros seres, los seres que los rodean y con los cuales se comparte la existencialidad planetaria; resulta que la diferencia es mínima; más aún, lo real es que son parte de ellos ya que se alimentan de plantas, del ambiente, de una variedad de animales marítimos, fluviales, terrestres, etc. La naturaleza como lo es todo lo existente en el planeta y lo que es este mismo dentro del Universo en su infinitud; es parte de ese Universo infinito: a la vez que es finito, es también infinito. Como individualidades son finitos, como naturaleza son infinitos; incluso, como sociedad, es una especie de larga trayectoria en el planeta. No se desaparece sino que se transforma permanentemente (Calle, 1995).

En el polo opuesto a las concepciones idealistas sobre la vida, se encuentran las concepciones materialistas. De acuerdo a las concepciones filosóficas materialistas dialécticas, se considera que la vida humana es otro, uno más, de los infinitos fenómenos del Universo, fenómeno que se encuentra en el planeta tierra que se habita, pero que también es posible que exista en otros lugares de la infinitud universal. La vida, es entonces algo natural, algo que ha devenido en el transcurrir de la evolución universal y en particular de la evolución de la materia y, en concreto, de las especies de vida que surgen en el planeta tierra que se posee y está conociendo en profundidad. Precisamente, si se analiza el proceso del conocimiento se encuentra con el hecho de que el humano cada vez se conoce más a sí mismo y, al conocerse a sí mismo, puede determinar en mejor forma su conducta y sus manifestaciones materiales y culturales en lo que se refiere a su propia vida y a la de sus congéneres (Castillo, 1995).

Morir significa dar por terminado algo, finalizar un ciclo; la palabra se usa para los espacios vitales del ser, es decir, para el ser vivo animal e incluso para los vegetales, para la flora de la naturaleza. Aunque no se usa para referirse a la materia "inerte", ella también se encuentra en evolución permanente aunque más lenta y por ello se puede decir que las estrellas nacen y mueren, que las rocas se transforman, desaparecen, mueren. Todo en el Universo es un proceso de nacimiento y muerte porque todo es cambio y transformación. Nacimiento y muerte son dos formas de manifestarse la evolución universal de la materia. Que las palabras se usan para referirse a la particularidad viviente, no significa sino que lo predominante es lo formal y la profundización en el fenómeno sólo es posible al conceptuar (Carse, 1980).

En la especie humana, el morir significa, para los idealistas, el fin de la vida presente y el tránsito hacia otras formas de existencia; ellos afirman que la muerte es el desprendimiento del "alma" que, siendo espiritual y eterna, abandona el "cuerpo" que es materia y por lo tanto mortal; en consecuencia, el "alma", que es "inmortal" va a otros lugares; depende de la conducta del creyente el sitio a donde ha de ir una vez su cuerpo "muera". Si se ha sido "bueno", de acuerdo con los preceptos teóricos de su religión irá a un lugar de premiación a su conducta, el "paraíso", el "cielo", etc.; si ha sido "mala" su conducta, se le "condenará" a situarse en un lugar de castigo: el premio y el castigo son los elementos con los cuales juegan las religiones del mundo conocido a efecto de sostener su dominio y la sumisión de sus creyentes y seguidores. En términos generales, se puede afirmar que la mayor parte de los humanos considera la muerte como el desprendimiento del "espíritu" del cuerpo que ocupa. De ahí la gran diversidad de mitos, cultos, ceremoniales y demás parafernalias que se practican a la muerte de una persona (La Marne, 1999).

El culto a los muertos tiene como fundamento las creencias espiritualistas sobre la existencia de un "alma" y de otras vidas en otros espacios del Universo; el culto a los muertos mueve inmensas sumas de dinero en todo el mundo ya sea por pagos de entierros, funerarias, cremaciones, cementerios, flores, etc. etc.; la *trasmigración*

espiritual es una creencia generalizada a partir del momento en el cual los humanos dieron cabida mental a la existencia de espíritus y fenómenos metafísicos. Para quienes consideran la muerte como el final de una vida, como la terminación del fenómeno vital, no hay más etapas en el ciclo existencial del individuo y los elementos materiales, de los cuales están compuestos, entran en descomposición para volver a ser parte biológica o "inerte" de la naturaleza en forma de elementos químicos y físicos que en vida poseían determinadas estructuras orgánicas (Barley, 2000).

Morir significa haber recorrido un ciclo vital del ser humano (en el caso del humano) y haber acumulado una experiencia individual que se agrega a la especie a la cual se pertenece. El humano, como parte de la naturaleza planetaria, se manifiesta dentro de un conjunto orgánico-social y dentro de él genera determinados fenómenos, hechos, construcciones, etc. El género humano ha llegado a acumular tal cantidad de fenómenos materiales, intelectuales, culturales, etc., como los logrados hasta ahora, porque cada individuo ha aportado algo tanto a nivel personal como de grupo o de comunidad. La humanidad conforma una unidad material y cultural en el curso de su evolución y los individuos que la conforman disfrutan o sufren los logros del desarrollo económico-social según sea la naturaleza de lo producido (Corbí, 2001).

La muerte del individuo es apenas un acontecimiento de poca significación ya que lo que ha producido se incorpora al acervo humano total. Los sentimientos que genera la muerte de un individuo se deben a que los que le rodean poseen determinados intereses vinculados con la existencia material y social de quien deja de existir. La familia se priva de una experiencia económica, social, cultural, afectiva, etc.; el grupo al que pertenecía pierde un integrante de mucha o poca importancia pero que, en todo caso, ha formado parte del mismo. De ahí que no todas las muertes son sentidas en la misma forma; la de un individuo del común lo sentirán sus familiares, si es el caso; quien ha desempeñado algún papel de importancia grupal o social será sentido más allá del círculo familiar y quienes están desempeñando una función económico-social de carácter general, en una sociedad determinada, generarán, con su muerte, reacciones de mayor impacto en la comunidad. Quienes se hallen al frente del desarrollo de la comunidad adquieren carácter político y por ello su muerte tiene más significación social que la del común de las gentes. Pero la muerte de cualquier persona, por más importante que sea, no determina, por sí sólo, el curso de la sociedad, del grupo social al que pertenecía o de la familia a la cual estaba ligado consanguíneamente (Corbí, 2001).

Lo que sí puede importar para determinadas formas económicas, sociales, culturales etc., la muerte de algún personaje, es que puede producir cambios en la forma del desarrollo de esas actividades; la forma de conducir un grupo, o de interpretar los fenómenos sociales, puede cambiar por la muerte de una persona y el reemplazo por otra; pero es lo mismo que puede acontecer en los espacios de los animales irracionales cuando falta algún sujeto liderante del grupo. Hay una especie de reorganización del grupo social al cual se pertenece y el curso de su desarrollo sigue en la misma o similar perspectiva, en lo general. Sólo si hay algunos acontecimientos concomitantes con la muerte del personaje puede haber algún fenómeno nuevo de importancia por la muerte misma de aquel (Corbí, 2001).

Cualquier consideración sobre la muerte va unida en forma consecuente con la que se tenga sobre la vida; por ello es que, al referirse a la vida se ha destacado el sentido que ella posee para cada forma de pensar; pero las formas de pensar sobre la vida y, por lo tanto, sobre la muerte, se reducen, en lo esencial, a las dos que se han analizado antes. No hay terceras formas de pensar: o se considera la vida como algo creado por seres superiores o se piensa que ella es algo natural, producto de la evolución de la materia de que está compuesto el Universo en su infinitud e increabilidad. La

muerte es, entonces, la consecuencia de la vida; si hay vida, y en dondequiera que ella exista, hay muerte; este es el fenómeno en su esencia; es más, en el mismo momento en que, en el caso del humano, se nace a la vida, se comienza a morir; una vez el ser viviente entra a asimilar los elementos de su ambiente externo, sus células inician el proceso de renovación en la medida en que van muriendo; el ser viviente se nutre de sustancias y elementos químicos, biológicos, etc. existentes en la naturaleza, en un proceso vegetativo común a plantas, animales irracionales y a los seres humanos. Los fenómenos vida y muerte conforman una unidad de contrarios: donde hay vida hay muerte, lo uno es imposible sin lo otro; de ahí la naturalidad con que los materialistas entienden la muerte y la vida (Belando, 1998).

Quienes viven aún en estadios elementales de la evolución humana no tienen problemas psicológicos ante el fenómeno de la muerte ya que su existencia se confunde con la de la naturaleza; los ceremoniales de la muerte son de carácter animista en esos grupos humanos. La Psique de los primitivos o la de aquellos individuos que se encuentran en estadios de esa misma naturaleza actualmente, no se ha desarrollado suficientemente como para acceder a niveles de raciocinio complejo; en consecuencia, esa psique no puede ser afectada por fenómeno alguno que llegue a ser conocido por el sujeto de condiciones primitivas. El psiquismo del individuo primitivo o en estado primigenio, es de naturaleza muy elemental no impresionable por estímulo alguno en lo que respecta a "creaciones" psicológicas como sucede con el sujeto moderno que se conoce. No se podría concebir la existencia de un individuo de las tribus africanas, amazónicas o de similares lugares geográficos del planeta sufriendo un "estressamiento" (Reyes, 1989).

Es en las sociedades modernas en donde el individuo se complica con el fenómeno de la muerte; el fenómeno de la muerte está afectado en su interpretación real porque ante dicho acontecimiento entran a jugar muchos factores, como ya se dijo: el muerto deja un patrimonio que luego ha de repartirse entre sus herederos, el muerto ha dejado diversidad de asuntos que no pudo terminar, ha generado relaciones que tienen que recomponerse, etc. De ahí que el individuo no desee morir y su pensamiento nunca tenga como referente a la muerte. En la existencialidad cotidiana el individuo no se detiene a pensar en la muerte; esto sólo lo hace en momentos muy particulares de su expresión vital; por ejemplo cuando su salud se deteriora sufriendo de una enfermedad complicada o al sucederle un accidente grave, etc. La mayor parte de las personas le tienen miedo a la muerte; no comprenden el fenómeno de la vida y, por lo tanto, tampoco pueden entender el de la muerte; en su conducta y actividad diaria no la tienen en cuenta y sus expresiones sociales se desenvuelven sobre un ignorar de la posibilidad de la muerte (Reyes, 1989).

La muerte, entonces, es el final de una vida, pero, al mismo tiempo, ella no pone fin a la especie humana y ni siquiera a la familia o al grupo social al cual pertenece el fallecido; por el contrario, la especie humana ha venido creciendo continuamente al punto en que uno de sus problemas económico-sociales es el de la superpoblación; al no poder racionalizar el uso de los bienes acumulados en su proceso histórico, se considera que el aumento de la población es una de las mayores causas de los problemas sociales. Esto no es cierto, pero se argumenta en ese sentido en la perspectiva de llevar a la planificación familiar de la especie a efecto de controlar las tensiones sociales que las desigualdades económicas generan. Sin embargo, dialécticamente, tanto la vida como la muerte del individuo es la garantía de la permanencia evolutiva de la especie humana. Lo que genera el apego a la vida es la propiedad individual, ya sea de carácter económico o de otra naturaleza. Al sentir, el individuo, que los bienes que posee son parte de su vida, que el objeto de su propiedad es, a la vez, parte fundamental de su

vida, muchas veces valorándolos como algo que es máspreciado que la misma vida, ese individuo no aceptará la muerte pues percibe, instintivamente, que los bienes le sobrevivirán y teme la separación de ellos, su pérdida definitiva; ciertas comunidades agregaban al muerto parte de sus bienes pero no podían hacerlo con todo lo que poseía por imposibilidad física; lo hacían, en muchos casos, en forma simbólica. Este fenómeno de la propiedad individual es lo que explica que los pobres sientan menos el peso de la muerte que los ricos aunque entre los pobres sea mayor la algarabía que arman cuando un pariente se muere. Con su muerte, el individuo deja un vacío que es rápidamente ocupado por otro individuo u otros personajes. Más aún, la muerte es uno de los requisitos para que haya vida y se continúe el proceso de la existencialidad humana o animal (Ring, 1986).

Cómo se va a morir, cómo se morirá, es lo que algunos llegan a pensar. Morir es otro acontecimiento de nuestra vida, como ya ha quedado definido. Pero ¿se puede determinar la forma de la muerte? El ser humano se encuentra dentro de una gran telaraña constituida por el tejido social. Como no se puede determinar el momento y la forma de su muerte, cuando ella sucede, queda en manos de esa telaraña social el determinar qué hacer con el cadáver; esa parte social es la conformada por la familia o el grupo social más allegado a quien ha dejado de existir. Es ella o éste los que deciden qué hacer ya que el individuo no lo puede hacer; él es apenas objeto de la muerte. Si ella se acerca a través de la enfermedad, son los médicos y los servicios hospitalarios los que determinan el proceso de la muerte; luego, es la familia la que decide en donde dejar el cadáver, el cuerpo que ya no representa vida alguna y que inicia su proceso de descomposición en los elementos, ya sin vida, que lo componían (Ring, 1986).

Desaparecido el ser querido, el ser admirado, sus herederos, sus simpatizantes y admiradores, le siguen tributando ese afecto, esa simpatía en forma indefinida. Considerar el común de las gentes que el individuo ha trascendido a "otra vida", a otra existencia desde la cual sigue protegiendo o "comunicándose" con los que siguen vivos. Tamaña ilusión sólo es posible en el ser humano por cuanto la ideología dominante se la impone, se la impuesto hasta ahora a la mayor parte de la humanidad. Quienes consideran la muerte como otro acontecer individual y social, están lejos del culto a los muertos y a toda clase de supuestos fenómenos al margen de la materialidad existente. Dentro de este acaecer pueden suceder varias cosas según sea el personaje y según se presenten las circunstancias dentro de las cuales su muerte se produce (Ring, 1986).

La tesis de la eutanasia consiste en sostener que al ser humano no se le debe prolongar la vida a través de instrumentos o medios artificiales y particularmente no se le debe someter a dolorosas intervenciones o a instrumentalización técnica. Que el enfermo o el individuo o la familia determine que su muerte se le posibilite en las mejores condiciones posibles y que no se pretenda sostenerle artificialmente. Que si no hay certeza en su recuperación, se le permita morir. Aquí, el individuo, fundamentalmente, es quien decide sobre su propia muerte, siempre en el caso de poseer la suficiente lucidez de consciencia sobre su estado físico y mental. La eutanasia es una decisión esencialmente voluntaria del individuo humano. En otro aspecto, puede suceder que el individuo delegue con anticipación, a cualquier evento mortal, su decisión en la familia o en alguna o algunas personas determinadas a las cuales considera de su absoluta confianza personal. Pero esa delegación de su voluntad debe ser expresa y no tácita o supuesta (Kübler-Ross, 1989).

La eutanasia es un tema que ha suscitado profundos debates porque se acerca a la tesis del suicidio. Es casi una muerte anticipada ya que lo que se desea es morir antes de lo que un proceso doloroso y largo vaya a determinar. Las dos tesis tradicionales se enfrentan de nuevo en el terreno de la filosofía y de la ideología: los materialistas

consideran que la vida no es producto de una creación ajena al proceso evolutivo de la naturaleza; en esas condiciones, si el dueño de la vida también puede determinar la muerte, exige la eutanasia. A efectos, particularmente jurídicos, la eutanasia se ha considerado que puede ser activa o pasiva; la primera consiste en que con algún medio ajeno al organismo del individuo se precipite la muerte y la segunda contempla la prohibición de emplear cualquier clase de medio por el cual se le sostenga la vida artificialmente al enfermo o al accidentado cuando se ha llegado a la conclusión de la inevitabilidad de la muerte en esas condiciones. En realidad, este segundo caso no constituiría propiamente la eutanasia porque sería una muerte natural. La eutanasia propiamente dicha es la primera hipótesis. Quienes atribuyen la vida y la muerte a seres no humanos, rechazan el anticipo de la muerte porque la equiparan al suicidio, el cual es condenado por todas las religiones. Los creyentes sostienen que el individuo ha de permitir, y se le ha de permitir, que espere la muerte ya que ella proviene de sus dioses. Para esta clase de personas el dolor no implica problema alguno ya que piensan será recompensado con el premio de sus propias divinidades o dioses. En cuanto a la eutanasia pasiva hay muy poca discrepancia entre los creyentes, pues no implica contradicción alguna en el fondo de la concepción creacionista y teísta. Esta es más bien una posición contraria al empleo de instrumentos en la conservación de la vida simplemente (Kübler-Ross, 1996).

2.1 EL SENTIDO DE VIDA Y DEL DOLOR ANTE LA MUERTE

Se inicia este análisis con la frase que dice que es tan sólo la muerte lo que le da sentido a la vida. Ahora bien, se interroga: la finitud del hombre en el tiempo, o sea el hecho de la muerte, ¿puede privar de sentido a la vida? La respuesta es ¡no!, pues precisamente este saberse limitado por el tiempo es el hecho concreto que motiva y apresura al hombre a cumplir su misión en la vida, debido a esta situación siempre singular e irrepetible que es la existencia misma. Por tal motivo, la finitud de la temporalidad no sólo es una característica de la vida humana, sino que es, además, un factor constitutivo del sentido mismo de la vida, pues el sentido de la existencia humana se basa precisamente en su carácter irreversible, situación que trae a colación el dicho popular "vive cada instante de tu vida como si fuera el último"(Ring, 1986).

El hombre sólo toma decisiones importantes en su vida cuando está presente el sentido de la muerte por el riesgo de dejar incompleta su obra, porque es completamente falso que el sentido de la vida se cifre, como tantas veces se afirma, en la descendencia, pues el hombre le da sentido a su vida por medio de la muerte, al rebelarse a su destino y al irse librando constantemente de aquello que lo determina.

Al desarrollar el presente tema, se ha ido percatando de que en el sentido de la vida se distinguen, de manera muy genérica, tres posibles categorías de valores: el de la creación, el de la vivencia y el de la actitud. Así mismo, se ha enterado de que la vida del hombre no se colma solamente creando y gozando, sino también sufriendo; se interroga ahora honestamente: ¿se eliminarían de las vidas las experiencias de desventura amorosa, o las dolorosas y desdichadas? Seguro está de que la respuesta es,

otra vez, ¡no!, ya que la plenitud del dolor no significa vacío de la vida; por lo contrario, el hombre madura en el dolor y crece con él, ya que las experiencias desgraciadas le dan al hombre más que las de los grandes éxitos, pues como se observa que la meta del hombre no es el placer, la ausencia del mismo no es capaz de privar a su vida de sentido. Mientras se sufre, se encuentra bajo la tensión existente entre lo que de hecho es y lo que se cree que debe ser; incluso el arrepentimiento borra la culpa (aunque ésta no deja de pesar), ya que el sufrimiento tiende a salvaguardar al hombre de caer en la apatía, en la rigidez mortal del alma (Belando, 1998).

Aquel que ante el golpe del infortunio se aturde (hecho que lo libra del arrepentimiento y el duelo) o trata de distraerse, no aprende nada y huye de la realidad. Pues son precisamente los golpes del destino, descargados sobre la vida, en la forja ardiente del sufrimiento, los que le dan a la vida su forma y estructura propia, ya que en última instancia la muerte no se eliminará simplemente porque se le empuja al rincón de la inconsciencia (Castillo, 1995).

2.2 ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

La ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Tiene la importante función de movilizarse frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que se haga lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente.

Por ejemplo, ayuda a estudiar si uno está frente a un examen, estar alerta ante una cita o una entrevista de trabajo, huir ante un incendio, etc.

Sin embargo, cuando sobrepasa determinados límites, la ansiedad se convierte en un problema de salud, impide el bienestar, e interfiere notablemente en las actividades sociales, laborales, o intelectuales. Puede limitar la libertad de movimientos y opciones personales. Estos casos no están ante un simple problema de "nervios", sino ante una alteración. Existen varios tipos de trastornos por ansiedad cada uno con sus características

propias (Friedman, Lehane, Webb et al., 1994).

Se calcula que entre un 15% y un 20% de la población padece, o padecerá a lo largo de su vida, problemas relacionados con la ansiedad con una importancia suficiente como para requerir tratamiento. La mejora espontánea (es decir sin consulta ni tratamiento) de los problemas por ansiedad es improbable. Sólo se produce en muy pocos casos. En la mayoría de los casos la ansiedad tiende a mantenerse, e incluso a extenderse y generalizarse. Tratar de sobreponerse a base de fuerza de voluntad, como piensan algunas personas, no es efectivo. Querer o, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, "nudo" en el estómago, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. Si la activación que los síntomas desaparezcan no da resultado, no es suficiente. Lo más conveniente es tratarse lo antes posible. La gran mayoría de los casos mejoran siguiendo el tratamiento adecuado (Friedman).

Más allá de los llamados trastornos por ansiedad (pánico, agorafobia, fobia social, obsesiones, ansiedad generalizada, etc), la ansiedad es, además, un componente importante de otros problemas: problemas de alimentación, problemas sexuales, problemas de relación personal, dificultades de rendimiento intelectual, molestias físicas de origen psicossomático, etc.

Las manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad son muy variadas y pueden clasificarse en diferentes grupos:

-Físicos: Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.

-Psicológicos: Inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En casos más extremos, temor la muerte, la locura, o el suicidio.

-De conducta: Estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estarse quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos tensión de las mandíbulas, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación, etc.

Intelectuales o cognitivos: Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiación, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etc.

Sociales: Irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc. (Schag y Heinrich, 1989).

Un trastorno de ansiedad puede hacer que se sienta ansioso casi todo el tiempo sin ninguna causa aparente. O las sensaciones de ansiedad pueden ser tan incómodas que, para evitarlas, usted hasta suspenda algunas de sus actividades diarias. O uno puede sufrir ataques ocasionales de ansiedad tan intensos que lo aterrorizan e inmovilizan. Muchas personas confunden estos trastornos y piensan que los individuos deberían sobreponerse a los síntomas usando tan sólo la fuerza de voluntad. El querer que los síntomas desaparezcan no da resultado, pero hay tratamientos que pueden ayudarlo (Schag y Heinrich, 1989).

Las personas que padecen de TAG no parecen poder deshacerse de sus inquietudes aún cuando generalmente comprenden que su ansiedad es mas intensa de lo que la situación justifica. Quienes padecen de TAG también parecen no poder relajarse. Frecuentemente tienen trabajo en conciliar el sueño o en permanecer dormidos. Sus preocupaciones van acompañadas de síntomas físicos, especialmente temblores, contracciones nerviosas, tensión muscular, dolores de cabeza, irritabilidad, transpiración o accesos de calor. Pueden sentirse mareadas o que les falta el aire. Pueden sentir

náusea o que tienen que ir al baño frecuentemente. O pueden sentir como si tuvieran un nudo en la garganta (Friedman, Lehane, Webb et al., 1994).

La depresión frecuentemente acompaña a los trastornos de ansiedad y, cuando esto sucede, también debe atenderse. Los sentimientos de tristeza, apatía o desesperanza, cambios en el apetito o en el sueño así como la dificultad en concentrarse que frecuentemente caracterizan a la depresión pueden ser tratados con efectividad con medicamentos antidepresivos o, dependiendo de la severidad del mal, con psicoterapia. Algunas personas responden mejor a una combinación de medicamentos y psicoterapia. El tratamiento puede ayudar a la mayoría de las personas que sufren de depresión. Muchos individuos con TAG se sobresaltan con mayor facilidad que otras personas. Tienden a sentirse cansados, les cuesta trabajo concentrarse y a veces también sufren de depresión. Por lo general, el daño asociado con TAG es ligero y las personas con ese trastorno no se sienten restringidas dentro del medio social o en el trabajo. A diferencia de muchos otros trastornos de ansiedad, las personas con TAG no necesariamente evitan ciertas situaciones como resultado de su trastorno. Sin embargo, si éste es severo, el TAG puede ser muy debilitante, resultando en dificultad para llevar a cabo hasta las actividades diarias más simples (Friedman, Lehane, Webb et al., 1994).

El TAG se presenta gradualmente y afecta con mayor frecuencia a personas en su niñez o adolescencia, pero también puede comenzar en la edad adulta. Es más común en las mujeres que en los hombres y con frecuencia ocurre en los familiares de las personas afectadas. Se diagnostica cuando alguien pasa cuando menos 6 meses preocupándose excesivamente por varios problemas diarios. Padecer de TAG siempre quiere decir anticipar desastres, frecuentemente preocuparse demasiado por la salud, el dinero, la familia o el trabajo. Las preocupaciones frecuentemente se presentan acompañadas de síntomas físicos tales como temblores, tensión muscular y náusea. En general, los síntomas de TAG tienden a disminuir con la edad. Un tratamiento acertado puede incluir un medicamento llamado buspirona. Se están llevando a cabo investigaciones para confirmar la efectividad de otros medicamentos como benzodiazepinas y antidepresivos. También son útiles las técnicas de terapia de comportamiento cognoscitivo, las técnicas de relajamiento y de retroalimentación para controlar la tensión muscular (Friedman, Lehane, Webb et al., 1994).

Quienes padecen de trastornos de pánico experimentan sensaciones de terror que les llegan repentina y repetidamente sin previo aviso. No pueden anticipar cuando les va a ocurrir un ataque y muchas personas pueden manifestar ansiedad intensa entre cada uno al preocuparse de cuando y donde les llegará el siguiente. Entre tanto, existe una continua preocupación de que en cualquier momento se va a presentar otro ataque. Cuando llega un ataque de pánico, lo más probable es que la persona sufra palpitaciones y se sienta sudoroso, débil o mareado. Puede sentir cosquilleo en las manos o sentir las entumecidas y posiblemente se sienta sofocado o con escalofríos. Puede experimentar dolor en el pecho o sensaciones de ahogo, de irrealidad o tener miedo de que suceda una calamidad o de perder el control. El paciente puede, en realidad, creer que está sufriendo un ataque al corazón o de apoplejía, que está perdiendo la razón o que está al borde de la muerte. Los ataques pueden ocurrir a cualquier hora aún durante la noche al estar dormido, aunque no esté soñando. Mientras casi todos los ataques duran aproximadamente dos minutos, en ocasiones pueden durar hasta 10 minutos. En casos raros pueden durar una hora o más (Razavi y Stiefel, 1994).

El trastorno de pánico ataca cuando menos al 1.6 por ciento de la población y es doblemente más común en las mujeres que en los hombres. Puede presentarse a cualquier edad, en los niños o en los ancianos, pero casi siempre comienza en los adultos jóvenes. No todos los que sufren ataques de pánico terminan teniendo trastornos

de pánico; por ejemplo, muchas personas sufren un ataque y nunca vuelven a tener otro. Sin embargo, para quienes padecen de trastornos de pánico es importante obtener tratamiento adecuado. Un trastorno así, si no se atiende, puede resultar en invalidez. El trastorno de pánico frecuentemente va acompañado de otros problemas tales como depresión o alcoholismo y puede engendrar fobias, relacionadas con lugares o situaciones donde los ataques de pánico han ocurrido. Por ejemplo, si usted experimenta un ataque de pánico mientras usa un elevador, es posible que llegue a sentir miedo de subir a los elevadores y posiblemente empiece a evitar usarlos (Velikova, Selby, Snaith et al., 1995).

Las vidas de algunas personas han llegado a hacerse muy restringidas porque evitan actividades diarias normales como ir al mercado, manejar un vehículo o, en algunos casos hasta salir de su casa. O bien, pueden llegar a confrontar una situación que les causa miedo siempre y cuando vayan acompañadas de su cónyuge o de otra persona que les merezca confianza. Básicamente, evitan cualquier situación que temen pueda hacerlas sentirse indefensas si ocurre un ataque de pánico. Cuando, como resultado de este mal, las vidas de las personas llegan a ser tan restringidas como sucede en casi una tercera parte de las personas que padecen de trastornos de pánico, se le llama agorafobia. La tendencia hacia trastornos de pánico y agorafobia tiende a ser hereditario. Sin embargo un tratamiento oportuno al trastorno de pánico puede frecuentemente detener el progreso hacia la agorafobia (Velikova, Selby, Snaith, et al, 1995).

Se han hecho estudios que demuestran que un tratamiento adecuado, un tipo de psicoterapia llamada terapia de comportamiento cognoscitivo, medicamentos o posiblemente una combinación de ambos, ayuda del 70 al 90 por ciento de las personas con trastornos de pánico. Se puede apreciar una significativa mejoría entre 6 a 8 semanas después de iniciarse el tratamiento. Los medios usados en la terapia de comportamiento cognoscitivo enseñan al paciente a ver las situaciones de pánico de manera diferente y enseñan varios modos de reducir la ansiedad, por ejemplo haciendo ejercicios de respiración o acudiendo a técnicas que dan nuevo enfoque a la atención. Otra técnica que se usa en la terapia de comportamiento cognoscitivo, conocida como terapia de exposición frecuentemente puede mitigar las fobias resultantes de un trastorno de pánico. En la terapia de exposición, se expone poco a poco a las personas a la situación temida hasta que llegan a hacerse insensibles a ella (Vázquez, 1990).

Algunas personas encuentran el mayor alivio a los síntomas del trastorno de pánico cuando toman ciertos medicamentos recetados por el médico. Esos medicamentos, al igual que la terapia de comportamiento cognoscitivo, pueden ayudar a prevenir ataques de pánico o a reducir su frecuencia y severidad. Los dos tipos de medicamentos que se ha comprobado son seguros y efectivos en el tratamiento del trastorno de pánico son los antidepresivos y las benzodiazepinas (Vázquez, 1990).

Al igual que la terapia de comportamiento, la terapia de comportamiento cognoscitivo enseña a los pacientes a reaccionar en forma diferente en las situaciones y sensaciones corporales que desatan los ataques de pánico y otros síntomas de ansiedad. Sin embargo, los pacientes también aprenden a comprender la forma en que su manera de pensar contribuye a sus síntomas y cómo cambiar sus pensamientos para disminuir la posibilidad de que los síntomas ocurran. Este entendimiento de los patrones de pensamiento se combina con la técnica de exposición y con otras terapias de comportamiento para ayudar a las personas a enfrentarse a las situaciones que les causan miedo. Por ejemplo, alguien que se siente mareado durante un ataque de pánico y teme que se va a morir puede recibir ayuda con la siguiente técnica que se usa en la terapia de comportamiento cognoscitivo: el terapeuta le pide al paciente que dé vueltas

en un mismo lugar hasta que se maree. Cuando el paciente se alarma y comienza a pensar: "me voy a morir", él aprende a reemplazar ese pensamiento con otro más apropiado como "no es más que un pequeño mareo; yo puedo controlarlo"(Wittkower y Dudek, 1973).

Aunque este trastorno frecuentemente se confunde con timidez, no son lo mismo. Las personas tímidas pueden sentirse muy incómodas cuando están con otras personas, pero no experimentan la extrema ansiedad al anticipar una situación social y no necesariamente evitan circunstancias que las hagan sentirse cohibidas. En cambio, las personas con una fobia social no necesariamente son tímidas. Pueden sentirse totalmente cómodas con otras personas la mayor parte del tiempo, pero en situaciones especiales, como caminar en un pasillo con personas a los lados o dando un discurso, pueden sentir intensa ansiedad. La fobia social trastorna la vida normal, interfiriendo con una carrera o con una relación social. Por ejemplo: un trabajador puede dejar de aceptar un ascenso en su trabajo por no poder hacer presentaciones en público. El miedo a un evento social puede comenzar semanas antes y los síntomas pueden ser muy agotadores (Wittkower y Dudek, 1973).

Las personas con fobia social comprenden que sus sensaciones son irracionales. Sin embargo, experimentan una gran aprensión antes de enfrentarse a la situación que temen y harán todo lo posible para evitarla. Aún cuando puedan enfrentarse a lo que temen, generalmente sienten gran ansiedad desde antes y están muy incómodas todo el tiempo. Posteriormente, las sensaciones desagradables pueden continuar con la preocupación de haber sido juzgados o con lo que los demás hayan pensado u observado respecto a ellos. Aproximadamente el 80 por ciento de las personas que sufren de fobia social encuentran alivio a sus síntomas cuando se les da tratamiento de terapia de comportamiento cognoscitivo, de medicamentos, o una combinación de ambos. La terapia puede involucrar aprender a ver los eventos sociales en forma diferente; exponerse a una situación social aparentemente amenazadora de tal manera que les sea más fácil enfrentarse a ella; además, aprender técnicas para reducir la ansiedad, adquirir habilidades sociales y practicar técnicas de relajamiento (Tobal y Casado, 1994).

La depresión u otros trastornos de ansiedad pueden acompañar al Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). Además, algunas personas con TOC sufren de trastornos alimenticios. También pueden evitar las situaciones en las cuales tengan que enfrentarse a sus obsesiones. O pueden tratar, sin éxito, de usar alcohol o drogas para calmarse. Si el TOC se agrava seriamente puede interponerse entre una persona y su empleo o evitar que esa persona asuma responsabilidades normales en su casa, pero por lo general no llega a esos extremos (Tobal y Casado, 1994).

Los trastornos de ansiedad generalizada se caracterizan por ansiedad continua, poco realista y excesiva, y preocupación acerca de dos o más circunstancias de la vida. Algunos ejemplos son los temores de pacientes de que nadie los cuidará, a pesar de contar con apoyo social adecuado, y el temor de agotar sus ahorros, aunque tienen seguro y cobertura financiera adecuada. Con frecuencia un trastorno de ansiedad generalizada viene precedido por un episodio de depresión grave. Los trastornos de ansiedad generalizada se caracterizan por tensión motriz (excitación, tensión muscular y fatiga), hiperactividad autonómica (disnea, palpitaciones del corazón, transpiración y mareos) o vigilancia durante las exploraciones (sentimientos de nerviosismo e irritabilidad, y sobresaltos exagerados) (Schmidt-Atzert, 1985).

La siguiente lista puede emplearse para preguntar a los pacientes con cáncer acerca de sus síntomas de ansiedad.

1. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas desde su diagnóstico de cáncer o el comienzo de su tratamiento? ¿Cuándo ocurren estos síntomas (es decir, cuántos días antes del tratamiento, en la noche, o en cualquier momento) y cuánto tiempo duran?
2. ¿Se siente tembloroso o nervioso?
3. ¿Se ha sentido tenso, con miedo o aprensión?
4. ¿Ha tenido que evitar ciertos lugares o actividades debido al temor?
5. ¿Ha sentido su corazón latiendo fuerte o a carrera?
6. ¿Ha tenido dificultades recuperando su aliento cuando está nervioso?
7. ¿Ha tenido transpiración injustificada o temblores?
8. ¿Ha sentido un nudo en el estómago?
9. ¿Ha sentido un nudo en la garganta?
10. ¿Se ha dado cuenta alguna vez de repente de que camina como si estuviera midiendo sus pasos?
11. ¿Tiene temor de cerrar los ojos en la noche por miedo a morir mientras duerme?
12. ¿Se preocupa por su próxima prueba de diagnóstico, o los resultados de la misma, con semanas de antelación?
13. ¿Ha sentido repentinamente temor de perder el control o volverse loco?
14. ¿Ha sentido de repente temor de morir?
15. ¿Le preocupa a menudo cuándo regresará su dolor y cuán malo será?
16. ¿Le preocupa si usted podrá conseguir su próxima dosis de medicación contra el dolor a tiempo?
17. ¿Pasa más tiempo del debido en cama por miedo a que el dolor se intensifique si se pone de pie o se mueve?
18. ¿Se ha sentido confundido o desorientado últimamente? (Sanz, 1991).

Desde un punto de vista psicológico, la alegría, el miedo, la ansiedad, o la ira son emociones naturales que se dan en todos los individuos de las más diversas culturas. Poseen un sustrato biológico considerable. Son esencialmente agradables o desagradables, nos activan y forman parte de la comunicación con los demás. A su vez, las emociones pueden actuar como poderosos motivos de la conducta (Cano-Vindel, 1997).

El carácter universal y adaptativo de las emociones ha sido señalado por los más diversos autores y tradiciones teóricas, comenzando por las primeras teorías de Darwin, James y Cannon. Por otro lado, las emociones juegan un papel importante en el bienestar psicológico de los individuos y cumplen una función importante en la comunicación social. Además de ser importantes para el bienestar/malestar de los individuos y cumplir una función social en la comunicación, las emociones están íntimamente relacionadas con diversos sistemas fisiológicos que forman parte del proceso que podríamos denominar "salud-enfermedad". Por otro lado, las emociones influyen sobre la salud y la enfermedad a través de sus propiedades motivacionales, por su capacidad para modificar las conductas "saludables" (ejercicio físico moderado, dieta equilibrada, descanso, ocio, etc.) y "no saludables" (abuso de alcohol, tabaco, sedentarismo, etc.) La experiencia emocional, lo que se piensa y se siente durante una reacción emocional, se suele clasificar según tres ejes o dimensiones fundamentales: placer-desagrado, intensidad y grado de control (Schmidt-Atzert, 1985).

En otras palabras, las emociones suelen provocar sensaciones muy agradables o muy desagradables, pueden ser más o menos intensas y el grado de control que se tiene sobre ellas es también variable. El término "emociones negativas" ha cobrado mucha fuerza en los últimos años y se refiere a las emociones que producen una experiencia emocional desagradable, como son la ansiedad, la ira y la tristeza-depresión, las tres

emociones negativas más importantes. Las emociones positivas son aquellas que generan una experiencia agradable, como la alegría, la felicidad o el amor (Cano-Vindel, 1989).

Hoy en día hay datos suficientes para afirmar que las emociones positivas potencian la salud, mientras que las emociones negativas tienden a disminuirla (Martínez y Castro, 1994; Fernández y Palmero, 1999). Por ejemplo, en periodos de estrés en los que tienen que responder a una alta demanda del ambiente, se desarrollan muchas reacciones emocionales negativas y, cuando se encuentran bajo estos estados emocionales negativos, es más probable desarrollar ciertas enfermedades relacionadas con el Sistema Inmune (como la gripe, u otras infecciones ocasionadas por virus oportunistas), o adquirir determinados hábitos poco saludables, que a la larga pueden minar la salud (Cano-Vindel, Tobal y Rodríguez, 1999). En cambio, el buen humor, la risa, la felicidad, ayudan a mantener e incluso recuperar la salud (Lefcourt y Martin, 1986; Nezu, Nezu y Blissett, 1988).

Se han estudiado mucho más las emociones negativas (y sus relaciones con trastornos de salud) que las positivas. Dentro de las primeras, una de las reacciones emocionales que más se ha estudiado es sin duda la ansiedad (Cano-Vindel y Tobal, 1990), como estado emocional asociado a múltiples trastornos, especialmente los trastornos de ansiedad (Tobal y Cano-Vindel, 1999) y los trastornos psicofisiológicos (Miguel-Tobal y Ovejero, 1994). Una segunda emoción negativa que está siendo ahora más estudiada es la ira, por su relación con los trastornos cardiovasculares (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1992; Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, 1997). Por último, la tristeza-depresión, como emoción natural, se considera que es precursora de la depresión como patología, la cual cursa por lo general con niveles altos de ansiedad (Sanz, 1991).

La ansiedad puede ser considerada como una reacción natural que se produce ante ciertos tipos de situaciones en los que el individuo podría necesitar más recursos. Las situaciones en las que se desencadena la reacción de ansiedad tienen en común, por lo general, la previsión de posibles consecuencias negativas o amenazantes para el individuo. Esta reacción supone una puesta en marcha de diferentes recursos cognitivos (atención, percepción, memoria, pensamiento, lenguaje, etc.), fisiológicos (activación autonómica, motora, glandular, etc.) y conductuales (alerta, evitación, etc.) Tales recursos tendrían como objetivo el afrontamiento de las posibles consecuencias negativas, pudiendo paliar, reducir, o eliminar tales consecuencias (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1999).

Pero aun siendo la ansiedad una emoción natural, de carácter esencialmente adaptado, que se previene de situaciones que requieren que se esté alerta, en las que se pueden necesitar más recursos cognitivos, conductuales, o fisiológicos, sin embargo, puede estar en la base de muchos procesos que pueden llevar a la enfermedad. Cuando un individuo mantiene altos niveles de ansiedad, durante tiempos prolongados, su bienestar psicológico se ve seriamente perturbado; sus sistemas fisiológicos pueden verse alterados por un exceso de actividad; su sistema inmune puede verse incapaz de defenderle; sus procesos cognitivos pueden verse alterados, provocando una disminución del rendimiento; la evitación de situaciones que provocan reacciones intensas de activación y temor puede afectar a la vida personal, familiar, laboral, o social del individuo (Cano-Vindel, y Fernández 1999).

La actividad cognitiva superior puede verse afectada por procesos emocionales, con los que mantiene una estrecha relación. Así, por ejemplo, el rendimiento en los exámenes o en otras situaciones de evaluación puede verse deteriorado cuando el individuo se ve desbordado por su reacción de ansiedad. Pero el mero control cognitivo

de la reacción de ansiedad, puede no ir acompañado de un estado suficiente de relajación fisiológica. El control o represión de estados de ánimo negativos (por ejemplo, ansiedad), que tiene como fin preservar a la conciencia de un malestar importante, puede estar relacionado con niveles elevados de activación fisiológica y cambios en el sistema inmune y, por tanto, en el proceso salud-enfermedad. Dicho de otra manera, algunos individuos tienden a no reconocer estados emocionales negativos, como estar nervioso, o enfadado. Estos intentos de librarse de eventos aversivos no siempre llegan a tener éxito, pues algunos sujetos que manifiestan estar tranquilos presentan una alta reactividad fisiológica y es probable que una disminución de sus defensas (una inmunodepresión). Este campo de estudio presenta hoy en día una actividad absolutamente efervescente, pues se está investigando mucho, y el tipo de trabajos que se llevan a cabo no tienen nada que ver con las formulaciones psicoanalíticas de la represión inconsciente (Cano-Vindel, y Ovejero, 1999). Este es un campo más en el que se estudian las relaciones entre las emociones y la salud. Pero no es el único.

En el nivel fisiológico, la evaluación de respuestas del organismo (como la tasa cardíaca) y el estudio de su relación con variables psicológicas ha dado lugar a una disciplina llamada psicofisiología, que arranca desde finales del siglo pasado. A su vez el estudio de la patología de los sistemas fisiológicos que se activan en la emoción se inicia en los años 50. Se supone que los trastornos psicósomáticos o psicofisiológicos (como algunos dolores de cabeza, o de espalda, algunas arritmias, los tipos de hipertensión arterial más frecuentes, algunas molestias gástricas, etc.) podrían estar producidos por un exceso en la intensidad y frecuencia de la activación de las respuestas fisiológicas del sistema que sufre la lesión o disfunción (cardiovascular, respiratorio, etc.). Se trataría de una disfunción de un sistema orgánico que está trabajando en exceso y mantiene esta actividad demasiado tiempo. A su vez, el trastorno produce más ansiedad y, por lo tanto, un aumento de la actividad de ese sistema, aumentando así la probabilidad de desarrollar y mantener un mayor grado de disfunción orgánica (Lipp, Looney, y Spitzer, 1977).

La vertiente expresiva de la emoción ha sido estudiada especialmente en relación con los procesos de comunicación social, aunque recientemente se estudia también su relación con sistema inmune y salud. Las expresiones afectivas positivas facilitan la comunicación, mientras que las expresiones emocionales negativas provocan distancia y sirven para anunciar un malestar e incluso un posible ataque. Las principales formas de expresión emocional (la sonrisa, el llanto, las expresiones faciales de alegría, tristeza, miedo, etc.) son universales en las distintas culturas. También la expresión de emociones está relacionada con la salud, encontrándose en repetidas ocasiones que los individuos más expresivos gozan de mejor salud, que aquéllos que tienden a mostrar en menor medida sus emociones (Cano-Vindel, y Ovejero, 1999).

La ansiedad puede ser considerada como una respuesta emocional normal que surge como respuesta del individuo ante determinadas situaciones y circunstancias. Sin embargo, cuando su frecuencia, intensidad o duración sean excesivas, dando lugar a la aparición de limitaciones, más o menos importantes, en la vida del individuo y en su capacidad de adaptación al medio circundante, se habla de ansiedad patológica. La presencia de fuertes reacciones o estados de ansiedad no solamente va a estar en la base de los denominados trastornos de ansiedad, sino que va a estar asociada frecuentemente a la depresión, y en general a los distintos trastornos considerados tradicionalmente como neuróticos, a buena parte de los trastornos psicóticos y a una amplia variedad de trastornos psicofisiológicos, entre los que cobran especial importancia los trastornos cardiovasculares, la úlcera péptica, las cefaleas, el síndrome premenstrual, el asma, los

trastornos dermatológicos, etc. A ello habría que añadir el papel destacado que juega la ansiedad en los trastornos sexuales, la conducta adictiva, los trastornos de la alimentación, etc., y los recientes hallazgos sobre su influencia en la debilitación del sistema inmune (Lipp, Looney, y Spitzer, 1977).

Como puede observarse por la amplia gama de problemas relacionados con la ansiedad, se puede afirmar que esta va a ser un elemento central en psicopatología y en buena parte de otros problemas relacionados con la salud, dando lugar a que las personas aquejadas de ansiedad pueblen las consultas de atención primaria de los hospitales y centros de salud, ocasionando un considerable coste económico para cualquier sistema sanitario. Los trastornos de ansiedad, por sí solos, suponen la patología psicológica más frecuente, seguidos de los trastornos afectivos y el consumo excesivo de drogas y alcohol, siendo su tasa de prevalencia-vida del 19,5% para las mujeres y del 8% para los varones (Robins, Helzer, Weissman, Orvasche, Gruenberg, Burke y Regier, 1984).

El DSM-IV caracteriza los distintos trastornos de la siguiente forma: *Ataque de pánico o crisis de angustia*: consiste por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo intenso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Aparecen también durante estos ataques síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a perder el control o "volverse loco". *Agorafobia*: se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o embarazoso, o bien donde sea imposible buscar ayuda en el caso de que aparezca un ataque de pánico o síntomas similares. *Trastorno de pánico sin agorafobia*: se caracteriza por ataques de pánico repetidos e inesperados que causan un estado de ansiedad permanente en el paciente. *Trastorno de pánico con agorafobia*: se caracteriza por ataques de pánico y agorafobia de carácter recidivante e inesperado. *Agorafobia sin historia de trastorno de pánico*: se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares en un individuo sin antecedentes de ataques de pánico inesperados. *Fobia específica*: se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. *Fobia social*: se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. *Trastorno obsesivo-compulsivo*: se caracteriza por obsesiones, que causan ansiedad y malestar significativos, y/o compulsiones, cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad. Las obsesiones son ideas recurrentes, persistentes, absurdas y generalmente desagradables que aparecen con gran frecuencia sin que el individuo pueda evitarlas. Las compulsiones son comportamientos repetitivos y estereotipados que se realizan en forma de rituales. *Trastorno por estrés postraumático*: se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de activación o arousal y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con la situación traumática. *Trastorno por estrés agudo*: se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático. *Trastorno de ansiedad generalizada*: se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos seis meses. *Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica*: se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente. *Trastorno de ansiedad inducido por sustancias*: se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una

droga, fármaco o tóxico. *Trastorno de ansiedad no especificado*: se ha incluido para acoger a aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad ya mencionados (Cano-Vindel, y Miguel-Tobal, 1990).

El miedo suele ser un fenómeno complejo, universal y enraizado biológicamente. La ansiedad es una aprensión anticipatoria más difusa y menos focalizada que el miedo, sin apariencia de amenaza externa, con sensación de peligro y desasosiego. Es un mecanismo que ayuda a la supervivencia de la especie siempre y cuando sea adaptativa. La ansiedad puede ser una respuesta situacional sin que en principio existan estímulos desencadenantes. A veces no se sabe cual es el motivo de porque estamos “nerviosos” aunque en ocasiones exista subjetivamente un estímulo de amenaza o peligro (Marks, 1991).

Las consecuencias que se derivan de una ansiedad mantenida en el tiempo son: sensaciones corporales que producen pensamientos negativos, y estos a su vez, las respuestas corporales. La evitación y la falta de confianza. El tratamiento es multicomponente utilizando las técnicas cognitivas junto con la exposición. La exposición es uno de los tratamientos más efectivos para enfrentarse a las conductas de evitación, impidiendo que el escape o evitación se produzcan actúen como refuerzo negativo y se mantenga el problema (Burtler y Arrarás, 1991).

Se reduce la ansiedad en base a tres mecanismos explicativo: la habituación a los estímulos temidos, la extinción de las respuestas y el cambio cognitivo producido como consecuencia al no elicitar lo que se teme. Con respecto a su eficacia, se ha optado por hacerla gradual para aumentar el interés y por tener un numero menor de abandonos. La forma más común de terapia de exposición que se aplica en la actualidad emplea un enfoque graduado de la situación temida (Agras, 1993: 126).

La combinación de ambiente, pensamiento y respuestas físicas hacen que una persona se sienta ansiosa y evite determinadas situaciones. El tratamiento basado en el modelo cognitivo-conductual va dirigido a actuar sobre las tres variables citadas: la habituación a los estímulos temidos, la extinción de las respuestas y el cambio cognitivo producido como consecuencia al no elicitar lo que se teme.

Los humanos se adaptan a la ansiedad de la muerte sacrificando su vida a la misma, igual que los condenados a muerte en sus celdas pueden intentar quitarse la vida. Además, esta defensa contribuye a rechazar los sentimientos en las relaciones personales, lo cual, a su vez, transforma las relaciones genuinas en la fantasía de un vínculo de seguridad. La formación de estos vínculos destructivos elimina y destroza el verdadero vínculo que podría existir entre las personas que se aman entre sí. Además de la logoterapia existencial, el pensamiento psicoanalítico y existencial explica cómo un trauma a una edad temprana lleva a la formación de defensas y cómo se refuerzan dichas defensas conforme el niño se vuelve gradualmente consciente de su mortalidad. Después, las personas se adaptan a la ansiedad de la muerte mediante un proceso de autonegación y de apartar su interés de las actividades que afirman la vida. La negación de la muerte a través de una autonegación progresiva lleva a una muerte física o psicológica prematura, refuerza una existencia sin sentimientos y antisexual, apoya la elección de un apego adictivo por encima de la implicación, el amor y la preocupación genuinos y predispone al alejamiento de los otros y de las metas personales (Firestone, 1985).

2.2.1 VULNERABILIDAD A LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON ENFERMEDADES ANTE LA MUERTE

No hay duda que el mal o la enfermedad agudiza las sensaciones: del dolor, del propio ser, de la probable utilidad de vivir, y, por supuesto, de la falibilidad de la misma existencia. En ese sentido, dolor puede ser conciencia y conciencia puede ser urgencia. Como comentan quienes siempre fueron sanos: "se da cuenta del cuerpo y en ocasiones de la vida misma, tan sólo después de enfermar. Únicamente al descubrir que alguna de las partes ha muerto, claudicado o tristemente, cuando 'algo' dentro de nosotros se ha perdido, es cuando la salud adquiere significado".

En ese contexto, la enfermedad es primero demanda y después búsqueda. Vivir enfermo mutila producción, deseo e independencia; en sentido amplio, la patología lacera cotidianidad y existencia. Sin embargo, el mal, al acercarse al ser con la idea de la muerte y de la propia vulnerabilidad, lo aproxima consigo mismo. Suele por eso pensar que la enfermedad transmuta al individuo y retoca y resiembraba su *alter ego*, su conciencia. Puede entonces decirse que el dolor permite, al conocerlo e incorporarlo en la "cuota de la existencia", avizorar la vida en forma diferente. Por eso, no es un sinsentido afirmar que el *pathos* revela rincones insospechados que contagian a uno mismo, de sí mismo. O bien, que el dolor haga de las paredes espejos donde el paciente se vea primero y luego se pregunte. ¿Sirve un poco, aunque sea un poco, la enfermedad? ¿Puede construirse a partir de ella? En ese sentido, hay quien afirma que los padecimientos suelen propiciar el reencuentro del ser con el ser, por lo que el dolor no debe verse exclusivamente como un síntoma de mal agüero, sino como una exigencia del cuerpo para fortalecer ideas y existencia. ¿Quién no ha leído pinturas o degustado lecturas en las que el autor utiliza su dolor como cemento para vincular ideas con necesidad? (Sanz, 1991).

La magnitud y trascendencia del dolor llama también a otros caminos. Su sola presencia, ya sea por desolación, temor, impotencia, o por la esperanza implícita en todo padecimiento, puede modificar el sentido de la vida, la relación con otros, con uno mismo y con la medicina. En este tinglado, los dolientes demandan una profesión transparente, bañada por deontología y compromiso sin tacha. Aquélla en la que el enfermo no cuestione el poder de su médico, sino que se siente envuelto por él. Huelga recordar que tanto en el medio como en muchos otros países, la desazón de los pacientes hacia la figura del médico crece a ritmos acelerados. El mal uso del poder por parte del segundo aunado a la desinformación de los primeros son las semillas que han incrementado en los últimos tiempos los reclamos de los enfermos (Arborelius et al, 1999).

En *La República*, Platón consideró que los filósofos deberían ser quienes instrumentasen las reglas de la sociedad ya que eran precisamente ellos quienes manejaban el conocimiento y el *know how*. Los filósofos a los cuales alude Platón eran seleccionados desde edades tempranas por sus habilidades intelectuales innatas, por lo que se les entrenaba rigurosamente en ciencias por medio de un internado similar, se supone, al de los doctores que duraba 15 años. Los estudiosos deberían tener una buena memoria y un apetito tenaz para realizar cualquier tipo de trabajo duro. Es notorio que Platón consideraba también al médico como una especie de guía o gobernador, ya que tenía autoridad y poder sobre los enfermos similares a la que ostentaban los filósofos.

Platón tenía razón: el paciente enfermo es un ser desarmado. La influencia y presencia moral del médico sobre el doliente debería ser suficiente para restañar los malos ratos y los largos miedos emanados de las células rotas, si no como cura, al

menos como escucha. De ahí que el manejo ético de la enfermedad sea buen juez para calificar los vínculos entre medicina, sistemas de salud y seres enfermos.

Existen muchas similitudes entre las manifestaciones clínicas y neurobiológicas del estrés, la ansiedad, y la depresión mayor, tanta que muchos autores consideran que podría tratarse de una secuencia clínica sucesiva y creciente. En la ansiedad y la depresión la respuesta normal al estrés parece escalar a un estado patológico el cual no responde a mecanismos de "contra-regulación". Ello resulta en un estado sostenido de lo que debería ser un fenómeno transitorio: la hiperactividad del eje Hipotálamo-Hipófiso-Adrenal (HPA) y la consecuente hiperactividad del Sistema Nervioso Autónomo y sus estados psicológicos acompañantes como ansiedad, miedo, desamparo y/o depresión (Arborelius et al, 1999).

Se caracterizan por el incremento de la vigilancia y el alerta, disminución del apetito, de la sexualidad, inmunosupresión, aumento de la presión sanguínea, la frecuencia cardiorrespiratoria, y un incremento de la energía almacenada. En la depresión el alerta deviene en agitación y ansiedad, la vigilancia en hipervigilancia e insomnio, y la disminución del apetito en anorexia y pérdida de peso. La depresión parece una respuesta aguda de estrés que no responde a su "contra-regulación" habitual, que escapa a su "freno" habitual resultando en una respuesta "no frenada"(Arborelius et al, 1999).

Hay un importante cuerpo de evidencias recientes que sostienen la hipótesis de que eventos adversos o traumáticos en momentos tempranos de la vida, como la separación de la madre, produce alteraciones en el sistema neuronal, sobre todo del Factor Liberador Hipotálamico de Corticotrofina (CRF), que da como resultado adultos con hipersensibilidad al estrés, la ansiedad, y la depresión. Esto generaría una vulnerabilidad a la manifestación de estados de ansiedad, miedo y depresión. El vínculo biológico entre eventos traumáticos tempranos y la vulnerabilidad a la ansiedad y la depresión puede ser la hiperactividad del sistema neuronal del CRF, hiperactividad de las neuronas CRF y consecuente hiperactividad simpático-adrenal (Arborelius et al 1999).

La hiperactividad simpático-adrenal, que se encuentra en la ansiedad y la depresión, contribuye al desarrollo y a la comorbilidad de enfermedades inflamatorias, cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales e inmunes por medio de los efectos que las catecolaminas y los corticoides ejercen sobre los órganos blancos.

2.2.1.1 EVENTOS TRAUMATICOS TEMPRANOS, HIPERACTIVIDAD, HPA Y VULNERABILIDAD

Desde Freud y su escuela, existe una vasta literatura psicoanalítica que considera que, además de las condiciones genéticas, las experiencias traumáticas en los primeros años de la vida de las personas producen consecuencias importantes en la patogénesis de las enfermedades. A partir de estas experiencias tempranas adversas, que intervienen alterando la relación padres/hijo se genera en el niño una vulnerabilidad que se manifiesta como una disposición a presentar determinados estados psicológicos como la vivencia de desamparo o de desesperanza, que luego se transformarán en la tendencia de expresar emociones como la ansiedad, la depresión y el miedo. Esta facilitación de la ansiedad y el miedo, a largo plazo, pueden tener consecuencias somáticas y psicológicas patológicas (Heim y Nemeroff, 1999; Pollack et al, 1996; Liu et al, 1997).

Intentando explicar esta vulnerabilidad a las experiencias de la vida o hipersensibilidad al estrés, ansiedad y depresión, se estudia el impacto de eventos tempranos adversos sobre sistemas cerebrales involucrados en la fisiopatología de la ansiedad y la depresión. Estos estudios siguen líneas experimentales en animales y en humanos que le están dando un soporte experimental a lo que se sabe desde la especulación teórico-clínica.

Recientemente se ha documentado el fuerte impacto de eventos vitales adversos durante la infancia en el desarrollo de trastornos de ansiedad y afectivos cuando los individuos son adultos. Un estudio que se realizó en alrededor de 2000 mujeres reveló que las que tenían una historia de abuso sexual y físico exhibieron más síntomas de depresión y ansiedad y realizaban intentos de suicidio más frecuentes que mujeres sin historia de abuso (Mc Cauley et al, 1997). Otro trabajo reciente muestra que mujeres abusadas en la infancia tienen cuatro veces más posibilidades de desarrollar depresión mayor una vez adultas que aquellas que no habían sido abusadas. La magnitud del abuso se correlaciona con la severidad de la depresión (Mullen et al, 1996). También el abuso en la infancia predispone al desarrollo de trastornos de ansiedad, como el Trastorno de pánico y el de Ansiedad generalizada (Rozanski et al, 1999; Walker et al, 1990). El abuso sexual y físico, las pérdidas parentales tempranas y otras adversidades se han relacionado con el desarrollo de depresión y ansiedad en la adultez (Kendler et al, 1993; Kessler y Magee, 1993; Mc Craine et al, 1992). Otros estudios han mostrado que trastornos de ansiedad y depresión se presentan en personas con historia de experiencias traumáticas en la infancia (Mullen et al, 1996; Shavitt et al, 1992).

Con respecto a las líneas de investigación en animales, existen modelos en los cuales básicamente la variación en el cuidado materno afecta el desarrollo neurobiológico, y genera diferencias individuales en la respuesta neuroendócrina frente a los estímulos estresantes, es decir, crea una hipersensibilidad biológica frente al estrés. Las ratas recién nacidas que tuvieron menos cuidados maternos durante los primeros diez días, lo que en los humanos correspondería a seis años aproximadamente, una vez adultas exhibieron, frente a estímulos estresantes, una respuesta neuroendócrina exagerada, similar a la que se encuentra en humanos en situaciones de intensa ansiedad y depresión, que se puede interpretar como una hiperactividad del eje HPA e hiperactividad del Sistema Nervioso Autónomo (Liu et al, 1997; Heim y Nemeroff, 1999; Plotsky y Nemeroff, 1997; Pollack et al, 1996)

En el mismo sentido, aquellas ratas que habían recibido cuidados maternos frecuentes, algo así como caricias y "lamidas" (licking and grooming), desplegaban una concentración plasmática de ACTH y corticoides reducida después de un estímulo estresante, un incremento del RNA mensajero para receptores de corticoides en el hipocampo y una disminución del RNA mensajero para el CRF en el hipocampo (Liu et al, 1997; Heim y Nemeroff, 1999; Holsboer, 1999; Kessler y Magee, 1993).

Los animales adultos, que habían tenido cuidados frecuentes en la temprana infancia, tenían un incremento en la densidad de receptores para benzodiazepinas en la Amígdala y el Locus Coeruleus, y un incremento de receptores b-adrenérgicos en el Locus Coeruleus (LC). Esto evidencia la respuesta atenuada frente a estímulos (Caldji et al, 1998). Las ratas que fueron privadas de cuidados maternos mostraban lo contrario.

Otro grupo de investigadores (Holsboer, 1999; Heim y Nemeroff, 1999) estudiaron primates que fueron expuestos a condiciones adversas en la infancia. Cuando adultos aquellos monos que crecieron con madres en condiciones de impredecibilidad para conseguir la comida tenían concentraciones persistentemente altas de CRF en el líquido cefalorraquídeo, comparados con animales cuyas madres tenían acceso regular a la comida.

A partir de estas observaciones se puede suponer que la predisposición genética acoplada a experiencias adversas tempranas en fases críticas del desarrollo, induce a una vulnerabilidad persistente ante los estímulos de la vida, lo que lleva a una disposición a la ansiedad y a la depresión. Esta vulnerabilidad parece estar mediada por cambios persistentes en los sistemas neurobiológicos involucrados en los trastornos de ansiedad, en los afectivos y en los procesos cognitivos como la evaluación cognitiva y el afrontamiento que disponen la respuesta frente a la adversidad.

Aunque estos hallazgos contribuyen solamente en forma indirecta y parcial al conocimiento acerca de las consecuencias neurobiológicas del estrés temprano, sugieren que existe un período crítico, una "ventana", para el efecto del estrés temprano sobre los sistemas neurobiológicos involucrados en la respuesta al estrés y la ansiedad.

La respuesta hipofisaria exagerada parece estar mediada por cambios en las neuronas hipotalámicas que producen CRF, es decir, un incremento en su producción. Esto se puede comprobar porque ha sido repetidamente encontrado un aumento en la concentración de CRF en la eminencia media, un incremento del RNA mensajero para CRF en el hipotálamo, y una disminución en el número de receptores para CRF en la hipófisis. Estos son indicios de una hiperactividad en todos los niveles del eje HPA, que puede ser revertido por el tratamiento con inhibidores de la recaptación de serotonina (Liu et al, 1997).

El incremento en la sensibilidad del eje HPA, sobre todo frente a estímulos psicológicos, sugiere la participación de vías corticolímbicas en este tipo de respuesta exagerada. Esto lo explicaría el hallazgo del CRF incrementado (Heim y Nemeroff, 1999; Holsboer, 1999) en lugares extrahipotalámicos, como el núcleo central de la Amígdala y núcleos adyacentes, zona que se ha dado en llamar "Amígdala extendida", que tiene una participación fundamental en la generación de la ansiedad y el miedo. Además se ha comprobado que se encuentra el CRF y receptores para el CRF incrementados en el Locus Coeruleus, el cual recibe proyecciones de la Amígdala y envía proyecciones hacia el hipotálamo y es el principal acúmulo de neuronas noradrenérgicas en el cerebro, íntimamente vinculado a la respuesta del Sistema Nervioso Autónomo. La hiperactividad autonómica se traduce en las modificaciones corporales que se ve en la ansiedad y el pánico.

También se encontró en las ratas deprivadas maternalmente, un incremento de receptores a CRF en los Núcleos del rafe, el origen de vías serotoninérgicas en el cerebro, que han sido reiteradamente involucrados en patofisiología de la ansiedad y la depresión.

En resumen, se puede decir que en base a los hallazgos experimentales en modelos de animales con experiencias estresantes tempranas, y a trabajos en humanos con eventos de vida traumáticos en la infancia, se presenta una vulnerabilidad frente a los estímulos de la vida, expresada por una respuesta de estrés hipersensible que se traduce en una hiperactividad del CRF y del eje HPA y del Sistema Nervioso Autónomo. Clínicamente se manifiesta con una tendencia a expresar ansiedad, miedo y depresión.

2.2.1.2 ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ENFERMEDADES MÉDICAS ANTE LA MUERTE

En el siguiente apartado se refiere a los efectos corporales de la hipersensibilidad e hiperactividad del eje CRF/HPA y del Sistema Nervioso Autónomo, produciendo una consecuente vulnerabilidad a enfermedades somáticas. Es importante por lo que la gran mayoría de los sujetos de esta investigación las presentó.

Las manifestaciones clínicas y bioquímicas de la depresión representan una respuesta generalizada al estrés que se ha escapado de su "contra-regulación" usual o ha sido excesivamente restringida. Los sistemas neurobiológicos de respuesta al estrés, que producen el "alerta", están involucrados tanto en la fisiopatología de síndromes que presentan características inflamatorias y depresivas, como en los mecanismos de acción de los agentes antidepressivos (Gold y Chrousos, 1999; Gold, 1992; Gold y Chrousos, 1988; Holsboer, 1999; Heim y Nemeroff, 1999).

La manifestación cardinal de la depresión melancólica refleja la acentuación y prolongación de un estado de "hiperalerta", que es característico de la respuesta generalizada al estrés. Psicológicamente, este estado de "hiperalerta", se presenta como un estado de ansiedad intensa, con una importante pérdida de autoestima y culpa inapropiada. Fisiológicamente, se facilitan las vías que producen "alerta", evidenciado por la vigilancia incrementada, la atención focalizada y la activación del Sistema Nervioso Autónomo y el eje HPA. También se asocia con la inhibición de vías con funciones vegetativas como la reproducción, la conducta sexual y la alimentación (Gold y Chrousos, 1999; Gold, 1992; Gold y Chrousos, 1988).

Por otra parte, la Depresión Atípica (DA) se presenta como una "contra-regulación" excesiva de la respuesta al estrés, es decir una respuesta exageradamente frenada. El aumento de la atención y el alerta es reemplazado por apatía, letargia y pasividad; también se observa en contraste hiperfagia e hipersomnia (Gold y Chrousos, 1999; Gold, 1992; Gold y Chrousos, 1988).

La Depresión Atípica (DA) representa el 15% de la depresión mayor idiopática y es la forma de depresión más común en pacientes con Trastorno Bipolar y en el Trastorno Afectivo Estacional, y acompaña el curso de varias enfermedades somáticas como el hipotiroidismo, el Síndrome de fatiga crónica y la artritis reumatoidea.

Stenberg (Gold, 1992) mostró que en las ratas Lewis pertenecientes a una cepa con una hipofunción congénita de las neuronas CRF hipotalámicas, es decir, que son CRF "hiporrespondientes" se encuentra una mayor susceptibilidad a enfermedades inflamatorias y respuestas conductuales anormales frente a estímulos ambientales. Esto se interpreta como una respuesta frenada, o "hipoalerta", resultante del estado de deficiencia de CRF. La susceptibilidad incrementada a desarrollar artritis se encuentra asociada con la incapacidad del eje HPA de responder adecuadamente al estímulo inflamatorio. Se puede desarrollar una artritis aguda cuando se les inyecta paredes celulares con polisacáridos y se suprime la inflamación cuando se les administra glucocorticoides. En ratas Fisher que no tienen ese defecto, la artritis se desarrolla cuando se inyecta antagonistas de glucocorticoides, como el RU 486 o se realiza una adrenalectomía.

De manera similar, los pacientes con artritis reumatoidea, además de una susceptibilidad a la enfermedad inflamatoria, muestran una alta incidencia de Trastornos Afectivos, y sobre todo de DA (Gold, 1992).

Estudios humanos recientes sugieren que en la artritis, se presenta un defecto hipotalámico de la respuesta a los estímulos inflamatorios e inmunes, por lo que se produce una producción inadecuada de cortisol (Gold, 1992). Los pacientes muestran

una pérdida del ritmo circadiano del cortisol plasmático y en los pacientes con artritis leves a moderadas, el cortisol máximo y mínimo se asocia con momentos más tempranos en el día, cuyo significado podría correlacionarse con la actividad diaria de la enfermedad.

De tal manera se puede (Gold y Chrousos, 1999; Gold, 1992; Gold y Chrousos, 1988) especular que la anormalidad neurobiológica que resulta en una activación disminuida del eje HPA, se puede asociar con una vulnerabilidad a síndromes caracterizados por enfermedades inflamatorias y Trastornos Afectivos. Una excesiva "contra-regulación" en la respuesta al estrés como un factor predisponente a una enfermedad inflamatorio/afectiva plantea la posibilidad teórica de usar agentes psicofarmacológicos en el tratamiento de enfermedades como artritis reumatoidea.

En resumen, se plantea que en la Depresión Atípica (DA) existe una afectación concomitante de la respuesta inmune con aumento de la susceptibilidad a la inflamación y a los Trastorno Afectivos, vinculando así afectación depresiva, inflamatoria e inmunopatológica.

2.2.1.2.1 ANSIEDAD Y ENFERMEDADES AUTOINMUNES

Las enfermedades autoinmunes pueden desencadenarse cuando se presenta una falla en el control de los mecanismos que regulan la formación o la supresión de auto-anticuerpos en la respuesta inmune. Durante el desarrollo del Sistema Inmune (SI), los linfocitos T son "educados" en el timo para discriminar entre lo propio y lo no-propio. Los linfocitos que reaccionan contra autoantígenos son eliminados del repertorio de células T por mecanismos de anergia y otros. Hasta el presente, no se comprende bien si lo que inicia una enfermedad autoinmune es la liberación de antígenos previamente secuestrados, la alteración de autoantígenos por infecciones o drogas que los transforman en extraños o aberraciones en la inmunoregulación, que resultan en la emergencia y actividad de clones de linfocitos que reaccionan contra "lo propio" (autorreactivos) (Whitacre, Cummings y Griffin, 1994).

Desde hace más de cien años se sospecha la asociación entre el SNC y el Sistema Inmune en la aparición de enfermedades autoinmunes, por ejemplo, J-M. Charcot mostró la asociación entre la aparición de Trastornos Afectivos y Esclerosis Múltiple. Desde entonces existen muchos informes acerca de que el estrés, la ansiedad, y otros factores psicosociales intervienen en el desencadenamiento de las enfermedades autoinmunes. En casi todas ellas ciertos eventos estresantes de la vida preceden la irrupción de la enfermedad. Con la reciente descripción de la relación entre el Sistema Inmune, el SNC y el endócrino, propuesto desde la Psiconeuroinmunoendocrinología, se puede explicar el efecto "catalítico" del estrés en individuos predispuestos (Whitacre, Cummings y Griffin, 1994; Glaser y Kiecolt-Glaser, 1994).

Un importante cuerpo de evidencias parece indicar que el comienzo de la enfermedad sigue uno de los dos siguientes patrones: 1) ocurre después de un único y abrupto evento de vida, o 2) después de una larga serie de experiencias displacenteras. La primera categoría incluye: el duelo consecutivo a la muerte del cónyuge o de una persona cercana, la separación de un ser querido por divorcio o enfermedad, la pérdida del empleo o la pérdida financiera abrupta. La segunda categoría incluye: la discordia por largo tiempo con el cónyuge o en el trabajo (socio, etc.), el incremento de presión en

el trabajo o las presiones por los cuidados y responsabilidad de los hijos (Glaser y Kiecolt-Glaser, 1994; Irwin, 1995; Bonet y Luchina, 1995; Arias, Bonet y col, 1998).

El rol del eje CRF/ HPA y de las Catecolaminas/Sistema Nervioso Autónomo en modular la función inmune es claro. En altas concentraciones los corticoides adrenales como el cortisol, tienen un profundo efecto supresivo sobre el Sistema Inmune, aunque en baja cantidad pueden tener un pequeño efecto estimulante. Así el estímulo que active marcadamente el eje CRF/HPA tiene un efecto considerable sobre el Sistema Inmune. Los estímulos tanto fisiológicos como psicológicos activan el eje HPA a través de la activación córtico/límbica, hecho que resulta en la liberación de CRF, ACTH y de cortisol plasmático. Cuando el nivel de cortisol se eleva hay una larga serie de funciones inmunes que se suprimen. Luego se produce un efecto de feedback inhibitorio del cortisol a nivel hipotalámico e hipofisario que reduce la secreción de CRF. Un segundo loop involucra la estimulación de las células hipocámpicas, que luego tendrán un efecto inhibitorio sobre el CRF hipotalámico (Glaser y Kiecolt-Glaser, 1994; Irwin, 1995; Bonet y Luchina, 1995; Arias, Bonet y col, 1998).

El CRF también tiene otros efectos muy relevantes durante la respuesta de estrés sobre el Sistema Inmune; como es la estimulación sobre el Locus Coeruleus y la liberación central de catecolaminas por estímulo de los receptores CRF del Locus Coeruleus. Esta activación central luego se produce en el Sistema Nervioso Autónomo periférico con liberación de noradrenalina desde la médula adrenal y otros sitios, incluyendo la inervación directa noradrenérgica de órganos del Sistema Inmune. Otra acción adicional del CRF es un efecto inhibitorio sobre la liberación de la Hormona de Crecimiento y la Prolactina, que tienen un efecto estimulante del Sistema Inmune. Aunque estas pueden verse incrementadas temprana e intensamente en alguna formas de estrés, generalmente, más tarde, decaen.

Entonces el CRF tiene un efecto directo inmunosupresivo por vía de los esteroides adrenales, e indirecto al inhibir los efectos inmunoactivantes de la Hormona de Crecimiento y de la Prolactina (Glaser y Kiecolt-Glaser, 1994; Irwin, 1995; Bonet y Luchina, 1995; Arias, Bonet y col, 1998).

El Sistema Nervioso Autónomo está diseñado para funcionar en paralelo al eje HPA, por lo tanto una gran variedad de estímulos psicológico/conductuales y físicos resulta en la activación del SNC, vía cortico/límbico/cerebro medio/ espinal. La noradrenalina y la adrenalina tienen efectos inmunosupresivos (aunque en bajas dosis pueden tener efectos estimulantes pequeños). De esta manera, el Sistema Nervioso Autónomo por medio de la liberación de catecolaminas se transforma en el otro mayor sistema inhibitorio sobre la función inmune actuando en paralelo con el eje HPA. La interacción de las catecolaminas y los receptores α y β - adrenérgicos en los linfocitos y macrófagos provee una rápida demostración de cómo el SNC se comunica con el Sistema Inmune. Niveles fisiológicos de noradrenalina actúan mejorando las fases tempranas de la respuesta inmune, esto a su vez, estimula o suprime la proliferación de linfocitos dependiendo del tipo de adrenoceptor expresado. Niveles bajos de noradrenalina, parecen estimular los α -adrenoceptores lo que produce proliferación linfocitaria. Niveles altos de noradrenalina generan una inhibición de la proliferación linfocitaria mediada por los β -adrenoceptores. Otros efectores de fases de la respuesta inmune como la producción de anticuerpos o la actividad de las células citotóxicas son suprimidas en presencia de noradrenalina (Glaser y Kiecolt-Glaser, 1994; Irwin, 1995; Bonet y Luchina, 1995; Arias, Bonet y col, 1998).

Las citoquinas tal como la IL-1, IL-6, TNF- α que son liberadas por las células inmunes durante la activación pueden afectar la función del SNC. Aunque la barrera hematoencefálica puede prevenir la entrada de muchas citoquinas al mismo, los datos

sugieren que las citoquinas completan la red, en la que un incremento en el nivel de citoquinas estimula la liberación de CRH y de cortisol, el cual a su vez reduce la activación inmune y la producción de citoquinas por los linfocitos. Este es el mayor mecanismo regulatorio que mantiene balanceado y ajustado el sistema inmune.

2.2.1.2.2 DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Los recientes adelantos de la psiquiatría han llevado a descubrir alteraciones de índole neuroquímica, neuroendócrina y neuroanatómica en la respuesta al estrés, la depresión y la ansiedad. Algunos de esos marcadores biológicos hiperactividad del eje HPA y del Sistema Nervioso Autónomo, disminución de la Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca (VFC), isquemia miocárdica como reacción al estrés mental, alteraciones en los receptores plaquetarios o de su reactividad reflejan alteraciones fisiopatológicas importantes que contribuyen a una mayor vulnerabilidad como la que parecen presentar estos pacientes respecto al desarrollo de enfermedades cardiovasculares (Kawachi et al, 1994; Rozanski et al, 1999; Musselman, 1998; Katon, 1990; Katon, 1996).

Se sabe que la administración de cortisol induce hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, e hipertensión. Otras acciones de los esteroides son la injuria endotelial y, en hombres jóvenes y de mediana edad, se han correlacionado los niveles matutinos de cortisol plasmático con la presencia de moderada a severa aterosclerosis. En personas deprimidas se ha podido documentar la presencia de concentraciones urinarias y plasmáticas de noradrenalina y sus metabolitos elevadas, lo que evidencia un estado hipersecretorio de la misma. La hiperactividad simpaticoadrenal contribuye al desarrollo de enfermedades cardiovasculares por medio de los efectos que las catecolaminas ejercen sobre el corazón, los vasos sanguíneos y las plaquetas. Otro mecanismo importante que contribuye a la enfermedad y menor supervivencia en pacientes deprimidos es la reducción de la VFC. Las fluctuaciones de dicha frecuencia pueden dar medida del funcionamiento de los sistemas de reacción rápida, como el simpático, el parasimpático y el de renina-angiotensina. La generación de la frecuencia cardíaca y su control están regulados por el hipotálamo, el sistema límbico y el tallo encefálico con la participación de neurotransmisores como la serotonina, la acetilcolina, la noradrenalina y la dopamina. LA VFC puede hallarse significativamente reducida en pacientes con enfermedad coronaria o insuficiencia cardíaca. Luego de un infarto de miocardio la VFC es un factor pronóstico importante, el riesgo de muerte súbita posterior al mismo es mayor en pacientes con VFC reducida. Se ha observado la VFC reducida en pacientes deprimidos comparados con no deprimidos (Musselman, 1998; Katon, 1990; Katon, 1996).

Tres estudios en grandes poblaciones que involucran a más de 34.000 personas han mostrado una relación significativa entre trastornos de ansiedad y muerte por enfermedad cardíaca. Más aún, se ha evidenciado una correlación que muestra que a mayores niveles de ansiedad corresponden mayores niveles de muerte en enfermedad cardíaca. La asociación entre ansiedad y muerte súbita, sin infarto de miocardio, sugiere que el mecanismo implicado en la muerte súbita entre los sujetos que padecen trastornos de ansiedad pueden ser las arritmias ventriculares (Rozanski et al, 1999; Kawachi et al, 1994).

Los efectos adversos de la depresión sobre la enfermedad cardiovascular pueden estar mediados por mecanismos de activación plaquetaria. La activación plaquetaria inducida por serotonina puede coadyuvar al desarrollo de aterosclerosis, trombosis y vasoconstricción. Existe considerable evidencia de que los pacientes deprimidos padecen alteraciones del SNC y de la función serotoninérgica plaquetaria (Kawachi et al, 1994).

2.2.1.2.3 ANSIEDAD Y ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES

El Síndrome de Colon Irritable (SCI), caracterizado por episodios de diarrea y constipación intermitente acompañados de dolor abdominal es una enfermedad común con una prevalencia de 8% a 17%, y se considera, en diferentes trabajos, que motiva entre el 20% y el 52% de nuevas consultas al gastroenterólogo (Katon, 1996; Walker et al, 1990; Walker et al, 1995).

También en diferentes estudios se sugiere que entre el 54% y el 74% de pacientes con SCI tienen asociado trastornos psiquiátricos y entre el 4% y el 24% presentaría trastornos de ansiedad, aunque probablemente esté subdiagnosticado sobre todo por el método de testeo utilizado (Lydiar et al, 1993; Katon, 1996).

En otro estudio, comparando 71 pacientes con SCI con pacientes con otras enfermedades intestinales, se encontró una prevalencia mucho mayor de Trastorno de Pánico en los primeros (28% vs 3%). Walker, en 1990, encontró 7% vs 0% (Walker et al, 1995; Walker et al, 1990). Hay una evidencia preliminar de que algunos pacientes responden con disminución de los síntomas gastrointestinales y dolor a la terapéutica con antidepresivos y ansiolíticos (Katon, 1996).

Se ha especulado que la asociación ansiedad y SCI esta centralmente mediada a través del Locus Coeruleus, que funciona como un monitor interno de los estímulos fisiológicos. Recibe información eferente desde las vísceras y es directamente innervado por el Núcleo Solitario, que es el principal lugar de inputs aferentes desde el intestino. Eventos internos intestinales pueden causar una descarga sobre el Locus Coeruleus resultando en un incremento de su tasa de descarga (firing) y ansiedad, y, a través de conexiones aferentes hacia el intestino, altera la función gastrointestinal. De esta manera se genera un círculo vicioso entre el intestino y el Locus Coeruleus con un incremento de la ansiedad y la función intestinal (Katon, 1996; Walker et al, 1990; Walker et al, 1995).

Haug presentó, en 1994, evidencias de que una disregulación autonómica juega un rol importante en la asociación ansiedad y distrés gastrointestinal (Haug et al, 1994). Comparando pacientes con dispepsia funcional con personas normales, encuentra en los primeros una prevalencia muy alta de sujetos con el tono vagal disminuido e hipomotilidad del antro gástrico. Más aún, factores tales como la ansiedad, depresión y neuroticismo predicen un aumento sustancial de la dispepsia, la hipomotilidad antral y el tono vagal. Del mismo modo, alteraciones primarias del SNC impactan en el intestino. Esto se puede ver corroborado por el hallazgo de que la colecistoquinina, un neurotransmisor que regula la motilidad gastrointestinal, se encuentra ampliamente distribuido en el SNC y puede generar pánico en individuos predispuestos (Haug et al, 1994).

Haug (1995) sugirió que los síntomas asociados con SCI están mediados a través de mecanismos centrales de control que afectan a múltiples órganos. Se describen síntomas extra-abdominales asociados tales como frecuencia miccional, urgencia, retención y nocturna, y la evidencia de que pacientes con SCI presentan hiperactividad bronquial. Como el músculo liso existe en todas estas localizaciones extraintestinales. Se supone que los pacientes con SCI tienen una anomalía en la regulación central del tono del músculo liso. Esto se corrobora con el hecho que pacientes con dolor precordial atípico tienen, también, una sensibilidad exaltada al dolor gastrointestinal, lo que sugiere la existencia de anomalías en el tono del músculo liso en sistemas orgánicos cardíacos y extracardíacos. Probablemente pacientes con ansiedad y pánico y comorbilidad con problemas médicos, tales como SCI o dolor precordial atípico, tienen una sensibilidad exagerada y sostenida ante estímulos en múltiples sistemas orgánicos, que es mediada a través del Sistema Nervioso Autónomo y del Locus Coeruleus (Haug, 1995).

También se ha sugerido que pacientes con ansiedad y especialmente con Trastorno de pánico tienen distorsionada la señal de los estímulos corporales internos, y esto los predispone a interpretar la actividad fisiológica subyacente y los síntomas somáticos menores como eventos catastróficos. Desde el punto de vista biológico, se ha postulado que los trastornos de ansiedad ocurren por la desregulación de centros clave en el SNC. El Locus Coeruleus y la Amígdala están involucrados en la respuesta ante señales de peligro o amenazas tanto imaginarias como reales. Los investigadores en ansiedad han sugerido que, en respuesta a eventos externos tales como sucesos de vida estresantes, se altera la transmisión sináptica en el Locus Coeruleus, la amígdala y los núcleos circundantes y entonces ocurren episodios de falsa alarma y/o ataques de pánico, a veces en ausencia de una percepción peligrosa. Estos estímulos externos llevan al incremento en la tasa de descarga del Locus Coeruleus y a sus efectos sobre la tensión arterial, la concentración de oxígeno arterial, la distensión del intestino distal, del colon, recto y vejiga urinaria o la rápida distensión del estómago. Dichos cambios internos en diferentes órganos del cuerpo producen, a su vez, una activación secundaria del Locus Coeruleus. Se establecería así un interjuego entre estímulos externos e internos con la consiguiente hiperactivación del Sistema Nervioso Autónomo, ansiedad y eventos fisiológicos en diferentes órganos. Del mismo modo los cambios en la homeostasis interna creada por alteraciones fisiológicas pueden activar el Locus Coeruleus y empeorar los síntomas físicos, lo que genera un círculo vicioso (Katon, 1996).

2.2.1.2.4 ANSIEDAD Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Muchos estudios han examinado la asociación entre trastorno de pánico y enfermedades respiratorias, sobre todo por el cabalgamiento sintomático que presentan. Pacientes con ansiedad y pacientes con asma experimentan sensación de ahogo, disnea, hiperventilación, sofocos, ansiedad, etc. Por lo tanto muchos autores encontraron una comorbilidad significativa (Katon, 1996). El 42% de pacientes con asma experimentan pánico durante el ataque (Kinsman, 1983). Otros han encontrado un incremento en la prevalencia de Trastorno de pánico en pacientes con asma, en un rango de entre el 6.5% y el 24% (Carr et al, 1994; Shavitt et al, 1992; Katon, 1996).

En pacientes derivados para un examen pulmonar se encuentra un 17% con Ataques de Pánico y un 11% con Trastorno de pánico (Pollack et al, 1996). Comparando pacientes con Trastorno de pánico y pacientes sin trastornos psiquiátricos, los primeros presentan una prevalencia vital elevada, tres veces superior, de haber padecido asma, bronquitis, enfisema, alergia. Estas afecciones también se asocian en forma significativamente mayor en sujetos con Trastorno de pánico (47%) que en pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo (13%) o Trastornos de la Conducta Alimentaria (13%) (Spinhoven et al, 1994).

Existen evidencias de que las personas con Trastorno de pánico son más proclives a desarrollar enfermedades intermitentes tales como asma, mientras que los pacientes con depresión presentan con mayor frecuencia problemas respiratorios crónicos y continuos como bronquitis (Lavey y Winkle, 1979; Spinhoven et al, 1994; Katon, 1996).

Se han postulado muchas teorías para explicar esta asociación entre ansiedad y enfermedad respiratoria. Una de ellas pone énfasis en el proceso de evaluación cognitiva del paciente, teniendo en cuenta que los pacientes con enfermedades respiratorias y trastornos de ansiedad asociados son proclives a interpretar sensaciones somáticas de una manera catastrófica comparadas con aquellos con enfermedades respiratorias puras. Si bien hay evidencias de que no hay diferencias en la gravedad de los síntomas respiratorios entre pacientes con enfermedad respiratoria y Trastorno de pánico respecto de los que no presentan la asociación con el Trastorno de pánico, ambos grupos pueden distinguirse, clínicamente, por la alta frecuencia de miedo a las sensaciones corporales que presentan los que pertenecen al primer grupo (Porzelius et al, 1992).

También se ha postulado que el Trastorno de pánico se desarrolla en pacientes con enfermedades respiratorias como resultado de un aprendizaje o condicionamiento. Comparando pacientes con otros trastornos psiquiátricos, los pacientes con Trastorno de pánico tenían una mayor prevalencia de enfermedades respiratorias cuando niños. Individuos que experimentaron pánico, miedo o susto durante sus enfermedades respiratorias de la infancia pueden estar condicionados a sufrir más tarde en sus vidas niveles altos de ansiedad en respuesta ante síntomas similares, aunque quizás menos severos (Katon, 1996). Podría corroborar esta evidencia el hallazgo de que estos pacientes con asma y pánico tuvieron experiencias de muerte cercana originadas en el asma (Katon, 1996).

Una interacción entre factores genéticos y ambientales ha sido postulada para determinar una vulnerabilidad individual para desarrollar trastornos afectivos y de ansiedad. Está bien documentada la relación entre experiencias tempranas traumáticas y el desarrollo de estos trastornos en adultos. Las respuestas endocrinas y conductuales son coordinadas por el sistema de CRF central. Se encuentran evidencias de una hiperactividad del CRF en pacientes con depresión y ansiedad. Numerosos estudios preclínicos sugieren que el estrés durante una fase del desarrollo puede resultar en un incremento persistente en la actividad CRF y la sensibilización del eje HPA y el Sistema Nervioso Autónomo frente al estrés, sentando las bases para el desarrollo futuro de esos trastornos.

Todo ello tiene múltiples implicancias somáticas, dado que esta vulnerabilidad y sensibilización al estrés, a la ansiedad y a la depresión, generarán consecuencias patológicas como se verifica en las enfermedades por autoinmunidad, los síndromes mixtos de ansiedad e inflamación, las enfermedades cardiovasculares y las patologías gastrointestinales y respiratorias asociadas a trastornos de ansiedad.

2.3 LA CALIDAD DE VIDA ANTE LA MUERTE

Los términos “calidad de vida”, “bienestar” y “felicidad” tienen diferentes significados; a veces se usan como un término general que abarca todos los valores, y en otros casos denotan cualidades especiales. Sin embargo, existe clasificación basada en dos biparticiones; entre “oportunidades” y “resultados” de vida, y entre calidades “internas” y “externas”. Estas dicotomías juntas constituyen cuatro calidades de vida: 1) habitabilidad del entorno, 2) capacidad de vida del individuo, 3) utilidad externa de la vida y 4) apreciación interna de la vida. Esta matriz cuádruple tiene tres aplicaciones: en primer lugar, se emplea para reconocer nociones relativas y clasificaciones alternativas, en segundo para explorar significados sustantivos en diversas medidas de calidad de vida y en tercer lugar para averiguar su la calidad de vida se puede medir exhaustivamente. La respuesta a esta última cuestión es negativa. Las puntuaciones totalizadas actuales tienen poco sentido. Lo más importante de todas las estimaciones imperfectas sigue siendo cuánto y cómo de feliz vive la gente (Veenhoven, 1984).

Se emplean muchas palabras para indicar cómo se va de bien. Algunas significan prosperidad en general; los términos “calidad de vida” y “bienestar” se usan actualmente en este sentido, y a veces también la palabra “salud”. En el pasado se usaban más los términos felicidad y prosperidad, aunque éstos plantean diversos problemas. Un primer problema es que estos términos no tienen un significado único. A veces se usan como término para señalar todo lo que es bueno, mientras que otras veces indican una cualidad específica. Por ejemplo: el término “bienestar” se utiliza para indicar la calidad de vida como un todo y para evaluar aspectos de vida, tales como condiciones de vivienda u oportunidades de empleo. Del mismo modo, la frase “calidad de vida” se refiere en algunos contextos a la calidad de la sociedad y en otros casos a la felicidad de sus ciudadanos. No existe demasiado consenso respecto al significado de estos términos; la tendencia es más bien divergente. Con el tiempo, las connotaciones tienden a ser más específicas y múltiples. Las comunidades más detallistas suelen desarrollar sus propias nociones de calidad de vida (Veenhoven, 1988).

El Segundo problema es la connotación de inclusión. El uso de palabras como un término general sugiere que existe algo parecido a una calidad de vida “global” y que se pueden añadir significativamente cualidades específicas en un valor más amplio; sin embargo esta suposición plantea serias dudas. Los filósofos nunca llegan a ponerse de acuerdo a la hora de encontrar una definición final de calidad de vida y en práctica de medida empírica de la calidad de vida se descubren comparaciones absurdas (Veenhoven, 1988).

El problema anterior de tener muchos significados se debe en parte a la sugerencia de inclusión. Una de las razones por las que los significados se vuelven más específicos es que lo que abarca la retórica se desmorona cuando se pone en práctica. El significado global resulta por lo general inviable en la medida y la toma de decisiones, por ello las connotaciones tienden a ser más específicas y diversas. Como resultado, la denotación retórica de lo bueno en general requiere periódicamente nuevos términos. Aparecen expresiones nuevas para significados más precisos. Por ejemplo, en el campo de la salud el término “calidad de vida” se emplea para expresar la idea de que hay algo más que la mera cantidad de tiempo de supervivencia. Análogamente, la palabra “bienestar” comenzó a usarse en contraste frente a la “prosperidad. A pesar de todo, a lo largo del tiempo, este nuevo término cayó víctima de su éxito. Una vez que los políticos los adoptan como objetivos, los analistas y observadores de tendencia comienzan a extraer significados palpables y hacen que los conceptos tengan aún más

dimensiones El Segundo problema es la connotación de inclusión. El uso de palabras como un término general sugiere que existe algo parecido a una calidad de vida “global” y que se pueden añadir significativamente cualidades específicas en un valor más amplio; sin embargo esta suposición plantea serias dudas. Los filósofos nunca llegan a ponerse de acuerdo a la hora de encontrar una definición final de calidad de vida y en práctica de medida empírica de la calidad de vida descubrimos comparaciones absurdas (Veenhoven, 1988).

Obviamente, la práctica de comunicación provoca una enorme confusión e impide el desarrollo de conocimiento en este campo. Como reacción, ha habido muchas propuestas de definiciones estándar que desgraciadamente, no han ayudado en demasía. En primer lugar, estas definiciones científicas apenas al uso común del lenguaje. En segundo lugar, añaden confusión, porque los eruditos no son capaces de ponerse de acuerdo en un significado para cada uno, por ejemplo, la calidad de vida se ha definida como “las condiciones necesarias para la felicidad”, mientras algunos autores la define como una satisfacción subjetiva en sí misma. De igual modo, se puede decir que el bienestar es un potencial de adaptación y una recomendación básica para vivir (McCall, 1975).

En el caso de la calidad de vida, el objeto de la valoración es la vida. Generalmente esa vida es una vida individual, la calidad de vida de una persona. Pero el término se emplea también para diversas agrupaciones, como se habla, por ejemplo, de la calidad de vida de mujeres; en tal caso, el término suele señalar la media de los individuos. A veces se refiere a la humanidad en general, en cuyo caso el objeto de la evaluación es esencialmente el individuo medio y el destino a largo plazo de la especie, la valoración se refiere entonces a la vida humana, en lugar de las vidas de los hombres (Gerson, 1976).

El término calidad de vida no se refiere exclusivamente a la vida humana. Se usa también para animales, por ejemplo en discusiones sobre la matanza de ganado. En un nivel más alto de abstracción se usa para toda vida. Entonces calidad de vida es la condición de todo el ecosistema. A los propagandistas ecologistas les gusta la confusión de la cuestión objeto, porque indica que la protección de las especies en peligro de extinción es también buena para el individuo. Los términos bienestar y felicidad denotan mayor variedad de objetos de evaluación, porque también se usa para referirse a sistemas sociales. Cuando se habla del bienestar público o de la felicidad de la nación frecuentemente se refiere al nivel colectivo, a lo bien que funciona y se mantiene la sociedad. Los propagandistas también explotan esta ambigüedad en este caso como un medio de disimular las diferencias de interés entre los individuos y la sociedad (Lane, 1994).

Una distinción clásica se hace entre calidad de vida “objetiva y subjetiva”. La primera se refiere a un grado de vida que alcanza estándares explícitos de la buena vida, evaluados por una persona eterna imparcial. Por ejemplo, el resultado de un examen médico. La segunda variante se refiere a auto-apreciaciones basadas en criterios implícitos, por ejemplo, el sentimiento subjetivo de la salud de alguien. Estas calidades no se corresponden necesariamente; alguien puede estar en buena salud según el criterio de su médico, y a pesar de ello sentirse mal. Sobre la base de esta distinción se ha propuesto una clasificación cuádruple de conceptos de prosperidad. Cuando las condiciones de vida puntúan bien con medidas objetivas y la apreciación subjetiva de vida es positiva, se habla de bienestar, mientras que cuando ambas son negativas se habla de privación. Cuando la calidad objetiva es buena, pero la apreciación subjetiva es negativa, se aplica el término “disonancia”, y la combinación de malas condiciones y buena apreciación se etiqueta como “adaptación” (Sen, 1992).

Aunque sean elegantes, no se ha probado que estas distinciones sean particularmente útiles. La taxonomía no explica mucho. La razón principal es que la diferencia se halla más bien en la observación, en lugar de hallarse en la esencia. La evaluación objetiva de la salud atiende a las mismas características que las evaluaciones subjetivas, aunque por medios diferentes. Además el etiquetado da lugar al mal entendimiento. La palabra “objetivo sugiere la verdad indiscutible, mientras que el término “subjetivo” se interpreta fácilmente como una cuestión de gusto arbitrario. Estas insinuaciones es falsa, el hecho de que los ingresos se puedan medir objetivamente no significa que el valor esté fuera de cuestión (Sen, 1992).

Hay una distinción substantivamente más relevante entre oportunidades para una buena vida y la buena vida de sí misma. Es la diferencia entre potencialmente y en realidad. Se refiere a esta como oportunidades de vida y resultados de vida. Oportunidades y resultados relacionados están relacionados pero no son exactamente lo mismo. Las oportunidades pueden fallar al realizarse, debido a la estupidez o a la mala suerte. Por el contrario, la gente a veces saca gran provecho de su vidas a pesar de gozar de escasas oportunidades. La distinción es bastante común en el campo de la investigación de la salud pública. Las condiciones previas para la buena salud, tales como nutrición adecuada y cuidado profesional raras veces conllevan la salud en sí misma. Se dedica mucha investigación a determinar las relaciones entre loa fenómenos; por ejemplo comprobando si el asesoramiento común sobre nutrición realmente conlleva años extra vividos con buena salud (Andrews y Withey, 1976).

Hay una diferencia entre calidades internas y externas. En el primer caso la calidad está en el individuo, en el segundo en el entorno. Esta es la calidad de las personas. Esta distinción es también muy común en la salud pública. Se distinguen patógenos externos de dolencias internas, y los investigadores tratan de identificar los mecanismos por los que los primeros producen los segundos y las condiciones en las que esto es más o menos probable. Aún así esta idea básica falta en muchas discusiones sobre la política social. Por ejemplo, en el discurso actual sobre la renovación de la ciudad la frase “calidad de vida” se usa tanto para calles limpias como para sentimientos de sentirse en casa en el vecindario. Toda la investigación que ha encontrado relaciones insignificantes no ha cambiado el uso de las palabras (Lane, 1994).

Hay cuatro calidades de vida: habitabilidad de entorno, capacidad para la vida del individuo, utilidad de vida y apreciación de la vida. Habitabilidad es una palabra mejor, porque se refiere explícitamente a las características del entorno y no tiene la connotación limitada de condiciones materiales. También se podría hablar de habitabilidad de un entorno, pero este término se usa también en particular para la calidad de la vivienda. La capacidad para la vida del individuo designa oportunidades internas de vida. Esto es: cómo estamos preparados para afrontar los problemas de la vida. Este aspecto de la buena vida se conoce también con diferentes nombres. Las palabras “calidad de vida y “bienestar” también las utilizan doctores y psicólogos para referirse a este significado específico, Sin embargo, existen otros términos. En biología este fenómeno se describe como potencial de adaptación. En otras ocasiones se le designa con el término médico “salud” en la acepción media de la palabra, o por términos psicológicos tales como “eficacia” o “potencia”. Sen (1992) llama a esta variante de calidad de vida “capacidad”. Yo prefiero el término simple capacidad para la vida, que contrasta elegantemente con habitabilidad (Veenhoven, 1999).

Utilidad de vida representa la noción de que una vida buena tiene que ser buena para algo más que por sí misma. Esto presupone algunos valores más elevados. No hay un genérico común para estas asistencias externas de la vida. Gerson (1976, pág. 795) se refiere a esta clase como concepciones transcendentales de la calidad de vida. Otra

apelación es el significado de vida, que señala una importancia verdadera, en lugar de un mero sentido subjetivo de significado. Se prefiere la utilidad, más simple, admitiendo que esta etiqueta puede también dar lugar a malos entendidos. Finalmente, apreciación de la vida representa los resultados internos de la vida. Esta es la calidad a los ojos de quien la contempla. Como se trata de seres humanos conscientes, esta calidad se reduce a la apreciación subjetiva de la vida. Esto se califica generalmente como bienestar "subjetivo", satisfacción de la vida y felicidad en un limitado sentido de la palabra. La vida tiene tanto más de esta calidad, cuanto más y más tiempo se disfruta. En los cuentos de hadas esta combinación de intensidad y duración se designa con la frase "vivieron mucho y fueron muy felices" (Veenhoven, 1999).

2.4 LAS RELIGIONES ANTE LA MUERTE

Las religiones juegan un papel relevante a la hora de influir de forma positiva, negativa o neutra en todas las personas al pensar en su propia muerte o sobrellevar las muertes ajenas. Las grandes religiones hablan de la muerte en un triple sentido según Corbí (2001:17): las religiones proponen creencias acerca del más allá de la muerte, las religiones "usan" el poder de la muerte para desplazar a los hombres de la manera cotidiana de ver, entender y sentir las realidades y las religiones hablan de la muerte desde la profundidad de la experiencia sagrada de la existencia (Murillo, 1999).

En las religiones de origen judío-cristianas se entiende que los valores ético-morales se establecen directamente por Dios para la regulación de las relaciones humanas y para ordenar las relaciones entre el profano y el sagrado. Ese Dios, al mismo tiempo que asume la ilustración del legislador supremo, permanentemente mira y controla los hombres, sus pensamientos y acciones, juzgándolos e interviniendo siempre que él entienda necesario, sea personalmente, sea por vía de sus mensajeros que son los ángeles y arcángeles, en el proceso de relación entre el divino y el humano. Al mismo tiempo, por la condición de esa relación y de sus reglas, se establece la noción del pecado. El hombre ya nace marcado por el pecado original, que se refiere a su propia existencia en la tierra, accidente en un programa que éste Dios había establecido para su Creación y que el hombre no ejecutó. Estigmatizado así, el hombre tiene que sufrir durante toda su existencia, resignadamente, intentando recibir el perdón divino y, de este modo, aspirar al encuentro con la gracia divina después de la muerte. Durante su existencia el hombre vive, casi que de una manera compulsiva una vida de pecados en su relación con Dios y las leyes divinas. Esa noción del pecado, tan importante en las religiones cristianas, termina imprimiendo en el mundo psicológico de todos los involucrados, un permanente, aunque a veces difuso, sentimiento de culpa (Murillo, 1999).

Los cristianos tienen la firme creencia en la fe de la encarnación de Dios en Jesucristo. En Él se encuentra la esperanza, porque realizó lo que es todavía una esperanza. El cristianismo como toda religión, no consiste tanto en lo que tiene que ver con la historia de sus orígenes como en lo que está más allá de la misma historia. El verdadero cristiano vive con la esperanza de la inmortalidad, porque cree en la resurrección de Jesucristo. Jesucristo aceptó la muerte cambiando de esta forma su significado, la elevó a la función de redentora y la trascendió por la resurrección. En su muerte transformó para todos los hombres el sentido de su mortalidad. La victoria de

Jesucristo se actualiza en la muerte de cada uno de los hombres. El hombre entra en la eternidad por la muerte, convirtiéndose ésta en el enlace entre el modo de ser temporal y el modo de ser eterno. Dios nos espera a todos para abrazarnos atentamente; porque hemos sido creados a su imagen y semejanza, y hemos sido redimidos por Jesucristo (Murillo, 1999).

Para los cristianos el alma surge con la concepción y a partir de ese momento es eterna. Con la muerte, el alma se retira del cuerpo. Habrá una resurrección de los cuerpos, si bien estos serán espirituales o glorificados. Esto sucederá el último día, el del fin del mundo. La muerte sólo implica al cuerpo. El alma permanece por siempre. Los cristianos deben tener presente la fugacidad de la vida y la inevitabilidad de la muerte para purificarse y gozar de Dios. La vida terrena es un tránsito hacia otra superior y eterna. No acaba sino que se transforma. La muerte es la entrada anhelada en el cielo para gozar de forma definitiva de Dios en plena unión. Tras la muerte tiene lugar un juicio en el que se valoran los méritos y deméritos del difunto. Así el alma se salva o se condena viviendo eternamente en la gloria de Dios o apartados de él. Además del cielo y el infierno, hay un plano denominado purgatorio, donde las almas deben permanecer un tiempo indeterminado hasta alcanzar la limpieza total y ganar la unión eterna en Dios. El purgatorio sería el estadio donde se eliminan las faltas (Murillo, 1999).

Para los Padres de la Iglesia habrá un juicio final y previamente a este se producirá la resurrección de los muertos. Nadie excepto Dios puede conocer el día y la hora del mismo. Según la iglesia cristiana, el cristianismo debe prepararse durante su vida para una muerte que siempre es incierta, pero inevitable. No se acentúa tanto la necesidad de aprender a morir como la de prepararse para ganar los dones de la otra existencia y ser merecedor de la vida eterna en el paraíso. Los cristianos entierran o incineran a sus muertos, si bien durante siglos lo común ha sido la inhumación, aunque en los últimos años va aumentando el número de cremaciones (Murillo, 1999).

Para los budistas, la muerte no es más que un tránsito. Los actos positivos realizados a lo largo de nuestra vida nos permitirán gozar de un karma favorable. Los actos negativos inducirán un karma negativo. Se renacerá bajo una forma determinada por esta ley de causa y efecto. Por eso la muerte no es un final; más bien parece un cambio de ropajes. Para los budistas si uno alcanza el Despertar (la Iluminación) sale de la rueda del *samsara* y escapa definitivamente del sufrimiento de las encarnaciones. Si no ha alcanzado el Despertar permanece en el *samsara*. Abandonarlo no es comparable al paraíso, y quedarse en él no es comparable al infierno. Se trata de un dominio en el que cualquier comparación con las referencias cristianas sería inapropiada. Por otro lado, lo que nosotros llamamos mundo de los infiernos no es más que uno de los seis mundos en los que podemos renacer. Pero reencarnarse en ser infernal no implica en absoluto que nuestra existencia siguiente no se desarrollará en un mundo más favorable. En determinadas condiciones se puede alcanzar lo que se llama al Campo de Beatitud. Si has enriquecido tu vida con muchos actos positivos, si has rezado para renacer en el Campo de la Beatitud podrás estar en él de forma efectiva después de la muerte. Al igual que el infierno, no posee realidad propia. Cada individuo puede reencarnarse en seis mundos diferentes. Un séptimo modo de renacimiento es el del Campo de Beatitud. Pero la meta final es el Despertar, única consagración de un espíritu que haya alcanzado la Iluminación (Murillo, 1999).

El budismo no cree en un dios omnipotente y omnisciente, creador del cielo y la tierra. De hecho, la comprensión del universo y del tiempo está permanentemente emborronada por las ilusiones que el espíritu proyecta sobre esos conceptos. Para el budismo no hay en el ser humano un elemento superior trascendente como el espíritu o

el alma. Todo es inestable, transitorio e impersonal. Por eso en el budismo no puede hablar de reencarnación propiamente sino de renacimiento. El apego que se siente por la existencia genera sufrimiento, lo que se encadena a la rueda de nacimiento y muerte, generando futuros renacimientos (Pangrazzi, 1995).

Para la tradición hindú, los seres se descarrían por el espejismo de la dualidad, originada por el deseo. El ego, como núcleo de necesidades y deseos, crea un mundo a su medida; ése es el espejismo; ése es el escenario mágico de nuestra conciencia; ésa es la ignorancia. Para romper el círculo mortal de la dualidad que crea la necesidad y el deseo, hay que deshacer la creencia en el ego como entidad consistente y separada. El alma imagina su nacimiento y su muerte. Pero nadie nace ni muere en ningún momento. Brahman muere y Brahman mata. Cuando se atina a comprender y sentir más allá de la dualidad, Brahman es el "Yo soy" el "sí" interior. Él es el principio, el medio y el fin de todos los seres vivos; es en consecuencia la inmortalidad y la muerte (Pangrazzi, 1995).

El hinduista cree en la trasmigración de las almas, ya que existe un principio de orden superior y permanente que denomina *atman* y que se podría traducir por espíritu. El atman se reencarna para ir purificándose y poder reencontrar su origen mediante una experiencia de vida denominada liberación definitiva (como resultado de una conducta implacable y sabiduría). La muerte sería para los hinduistas un solo mudar de cuerpo. Y sólo la liberación definitiva pondría fin a la reencarnación. Cuando una persona muere se incinera su cadáver, preferiblemente junto a un río sagrado.

El islamismo se basa en la oración ritual, el ayuno, la profesión de fe, la limosna y la peregrinación a la Meca. El único Dios es Alá y su profeta Mahoma. Tras la muerte del cuerpo físico el Alma es conducida al paraíso o al infierno. El paraíso se concibe como una especie de jardín donde se puede gozar de todos los disfrutes, incluso los materiales. El infierno es una región para el dolor y el sufrimiento. Los musulmanes también creen en el juicio universal y en la resurrección de los cuerpos. Antes del juicio universal se producirá el fin del mundo. Cuando un musulmán muere su cadáver es inhumado. El cuerpo se lava, perfuma y se envuelve en sudarios depositándose en la tumba sin ataúd. En el Islam, aunque cree en la resurrección, se utiliza la conciencia de la muerte como instrumento de sabiduría y conocimiento. Hay que morir antes de morir. Quien sea capaz de ver, comprender y sentir, habiendo muerto a la construcción que hace el yo necesitado, verá a su Señor (Pangrazzi, 1995).

Para los hebreos el hombre no es un espíritu encarnado sino un cuerpo animado. Yahvé formó al hombre del polvo con sus manos y alentó en su raíz un soplo de vida. Yahvé hizo al hombre a su propia imagen y semejanza; poco menos que Dios le hizo. El aliento divino es la vida del hombre. El destino del hombre es una cuestión puramente terrenal. Hemos salido del polvo y hemos de volver a él. Esa es la base de la sabiduría y la consecuencia del pecado original. No se habla de la resurrección hasta fecha muy reciente, después del exilio y por influencia persa. En la religión de Israel, lo que constituye el objetivo central es la sumisión, la entrega y confianza en Yahvé, el señor de la vida y la muerte; no la fe en la vida de ultratumba. Para los judíos la salvación se hace posible mediante la práctica de buenas acciones, la plegaria y el arrepentimiento de las faltas o pecados cometidos. Se espera la llegada del Mesías. Para los judíos la muerte la da Dios, como la vida, y debe ser tomada con resignación, creyendo en la justicia y sabiduría del ser divino. El alma es trascendente e inmortal, porque ha sido creada por Dios. Dios es justicia y recompensará a los buenos y castigará a los perversos. Por ello se debe reconocer los pecados o faltas para manifestar el oportuno arrepentimiento para no tener que sufrir una pena (Pangrazzi, 1995).

Morir es sin duda, un hecho biológico que acontece al organismo humano desde que nace. Algo de uno muere en cada instante. Ese morir biológico sectorial y parcial

que tiene lugar desde que se nace, no es un morirse ya que es un morir sin morirse. Por el contrario, muere muriéndose el que sabe que su cuerpo se extingue y con el su vida biográfica, histórica, su vida de agente social. En suma, su presencia y su existencia como sujeto actuante del mundo real. Castilla del Pino (1995:245) distingue entre morir inversa a vivir como una cuestión del organismo; y morirse inversa a existir como cuestión del sujeto. O lo que es lo mismo: morir como acontecimiento del que se puede tener o no experiencia y morirse como la experiencia de ese acontecimiento por parte del sujeto. Sólo que el sujeto sería agente de ese acontecimiento. San Martín, Pastor y Aldeguer (citados por Belando, 1998:201) dicen que el concepto científico de muerte ha pasado de concebirse como la detención del proceso respiratorio a considerarse la detención del proceso cardiovascular por la paralización del corazón y de ahí a la concepción actual de muerte cerebral. Distinguiéndose entre: muerte natural (consecuencia del proceso de envejecimiento) y muerte accidental o prematura (resultado de enfermedades o accidentes). Estando de esta forma la mayoría de las muertes actuales patológicas relacionadas con enfermedades o accidentes, debido a enfermedades o accidentes, debido a los factores de riesgo implícitos en nuestra vida cotidiana (Kübler-Ross, 1993).

2.4.1 ASPECTOS CULTURALES Y RELIGIOSOS

Las diferentes culturas se han preocupado por la muerte. Quizá la más avanzada fue la egipcia con rituales sofisticados, creencia en otros mundos, viajes subterráneos, juicio individual al morir y situaciones de premio y de castigo. Como creyeron que el alma regresaba a ocupar el cuerpo del muerto lo momificaron para asegurar su supervivencia. Esta operación u osificación que pretendía hacer del muerto un dios se complementaba con invocaciones, lecturas y oraciones. Al final del proceso se colocaba a la momia la máscara funeraria mientras el sacerdote decía: "Nunca dejarás de estar vivo, nunca dejarás de rejuvenecer para siempre". La última ceremonia era la apertura de la boca que se realizaba en la tienda de la purificación o a la entrada de la tumba. Al mismo tiempo se hacían aspersiones, ofrendas, sacrificios, fumigaciones con incienso, pronunciamiento de fórmulas mágicas y religiosas que se acompañaban con los rituales del oficiante (Pangrazzi, 1995).

2.5 TANATOLOGÍA

Es el estudio interdisciplinario de la muerte y el moribundo, especialmente de las medidas que se aplican para disminuir el sufrimiento físico y psicológico de los usuarios en fase terminal; así como la aprensión del sentimiento de culpa y pérdida de sus familiares, cuya finalidad es que todo usuario tenga una vida plena y llegue a su muerte con dignidad y aceptación. Es la ciencia de la vida, que enseña a vivir cada minuto de la existencia y muestra que la vida está en manos de la vida; de que se puede trabajar en la calidad de vida pero la cantidad de vida está en manos del Creador (Montoya, 1993). La tanatología aborda el fenómeno de la muerte desde varias perspectivas: humanista, religiosa y espiritual, de lo que significa morir y lo que hay después de la vida; la finalidad de la misma es eliminar el miedo a la muerte y dar plenitud a la vida (Montoya, 1993). El tanatólogo es un especialista que ayuda a aliviar el dolor y la desesperanza que ocasiona la inminencia de la muerte, tanto en quién está a punto de

morir como en los familiares. El proceso de morir es una experiencia totalmente individual ya que cada persona es única e irrepetible, sin embargo, trabaja en cada uno de los siguientes aspectos tanto en el enfermo como en sus familiares:

- Angustia- Al aparecer la negación ante el diagnóstico crea confusión.
- Frustración- Aparecen sentimientos alternados de rabia y tristeza.
- Culpabilidad- Aparición de un gran dolor profundo.
- Depresión- Dominan los sentimientos negativos.
- Aceptación- Reconocerse como dueño de su propia vida.

El trabajo final del tanatólogo es ayudar al enfermo terminal y a sus familiares a tener una mejor calidad de vida y a prepararlos para vivir la muerte con plena dignidad, total aceptación y verdadera paz (Montoya, 2000).

Se pone al servicio del paciente para ayudarlo a plantear y resolver sus necesidades, optimizando su vida afectada por la enfermedad. Con la familia es importante aclarar dudas, orientarlos en los aspectos económico, religioso y espiritual, protegiendo la independencia de sus miembros, particularmente cuando el final sea largo. Es importante en ambos (enfermo y familiar) cerrar círculos o asuntos inconclusos de tipo emocional. El servicio tanatológico individual se realiza en un consultorio, en sesiones de una hora a la semana hasta que el usuario se da cuenta que ya ha superado el duelo y puede continuar con su vida (Montoya, 1993).

La importancia de la implementación de servicios de atención inmediata al duelo no solo deriva en parte de que la efectividad de éste servicio aumenta de modo directo en función de su proximidad tanto al tiempo como al lugar del incidente (Ley de Hansel), sino también del hecho de que el contexto en donde se mueve el personal más inmediatamente en contacto con familiares de fallecidos (personal de funerarias, salas de velación, cementerios y tanatorios) es un contexto de gran dolor y angustia, correspondiente con la primera fase del duelo, momento crítico en el que pueden establecerse las bases necesarias para evitar el establecimiento de patrones disfuncionales y asegurar un cuidado continuado (Slaikou, 2001).

En las situaciones de duelo, como en las que a diario se vive, muchas personas necesitan de una intervención urgente que les ofrezca unos “primeros auxilios psicológicos”. En este sentido, los profesionales necesitan emplear distintas estrategias para ofrecer la mejor ayuda posible a los deudos y a otras personas afectadas. La prestación de un servicio adecuado y, por ende, de una intervención exitosa, exige, entre otras cosas, que el personal que labora en estas entidades sea un buen conocedor de la fase inicial del duelo (es decir, que conozca el perfil de su cliente) y que cuente con los elementos necesarios para una atención especializada desde su rol (Slaikou, 2001).

Dado el carácter de subitaneidad de la muerte, algún grado de shock emocional siempre existe; este fenómeno inicial, junto a la incredulidad, expresa la imposibilidad de la muerte (de ahí que a ratos niegue y a ratos acepte). Generalmente las personas responden a este shock de una forma similar a como ellos han respondido en situaciones previas de estrés; algunos gritan, desfallecen, deliran o desvarían (situación que es frecuentemente vivida por muchos con desagrado); otros niegan que haya pasado algo, están aturdidos y no responden (Slaikou, 2001).

Después del inicio de una crisis, puede haber un período de “anulación psíquica”. Este concepto fue primero usado por Caprio en 1950 (citado por Stevenson, 1996) para describir la dificultad que las personas tienen para asimilar información en tiempo de crisis. El aplicó el concepto al duelo después de una muerte, pero ha sido ampliamente aplicado a cualquier individuo que sufre de una pérdida traumática. El

hecho de que sea difícil para las personas procesar correctamente la información mientras están en un estado de ansiedad (de excitación) hace que se recomiende siempre que asistan a la consulta con un familiar o amigo de forma que éste haga o escriba todas las preguntas que deben ser hechas. Si la persona en duelo permanece en un estado de miedo (de excitación) y encuentra difícil procesar la información verbal, llegará a ser muy difícil que siga indicaciones, recuerde lo que se le dijo o le de sentido a lo que se le está diciendo. La concentración, la atención, la retención y el recuerdo de la información verbal llegan a ser muy difíciles en estas circunstancias. Estas son funciones primarias del aprendizaje que pueden alterarse durante o inmediatamente después de la exposición a un evento traumático y que pueden no ser reconocidas durante largo tiempo (Pataki, Stone, y LeViness, 2000).

El hombre ha aprendido que mientras se está en un estado de excitación (o de no sentirse seguro a un nivel sensorial), el funcionamiento y procesamiento cognitivo está alterado: la memoria a corto plazo se altera y la memoria verbal disminuye. Así, la conducta depende básicamente de lo que es sentido. Incredulidad, negación-aceptación, confusión, inquietud, trastornos de memoria, oleadas de angustia aguda, pensamientos obsesivos, agresividad, agitación, aislamiento exagerado, pérdida de habilidades motoras pequeñas, pérdida de la capacidad para abrir una puerta, llamar por teléfono, tartamudeo y diversos síntomas físicos (por ejemplo, boca seca, respiración suspirante, debilidad muscular, trastornos del sueño y del apetito, manos frías y sudorosas, náuseas, bostezos, palpitaciones y mareos) son conductas frecuentes en respuesta a un incidente crítico como la pérdida de un ser querido. Las personas pueden ser fácilmente asustadas y llegan a ser muy reactivos conductualmente (irritables) a las amenazas percibidas. Si el significado del incidente involucra una amenaza sensorial (un sentir), real o percibido, la conducta cambiará acorde a ésta. Aunque la pérdida pueda ser superada, el sentido de que no puede serlo puede llevar a la persona a volverse muy temerosa, por ejemplo, como para dejar su casa (Pataki, Stone y LeViness, 2000)

Como una experiencia sensorial, el trauma es codificado en la memoria implícita (áreas cerebrales derechas). La “memoria implícita” también es referida como “memoria procesal”, en referencia a cómo un evento es recordado por el cuerpo y el Sistema Nervioso Central. La experiencia traumática es almacenada implícitamente vía imágenes, sensaciones y estados afectivos y conductuales. A un nivel sensorial, “lo que vemos” y “lo que sentimos” llega a ser más importante para la supervivencia que la información verbal. Decirle a la persona en duelo que sus hijos estarán seguros en la escuela después de la pérdida no suele ser suficiente, ella deben comprobar (ver y sentir) por ella misma que eso es así. Este “estado sensorial” del duelo es definido por un sentido de terror, impotencia y la ausencia de un sentimiento de seguridad. En este estado sensorial, la conducta está alterada en respuesta al daño que se siente. Así, por ejemplo, personas muy bien entrenadas y reconocidas inadvertidamente permiten que sus hijos se expongan repetidamente a ciertos eventos traumáticos transmitidos una y otra vez por televisión; una vez que el estado de alarma mejora, reconocen que dejaron a sus hijos sin protección y sobre-expuestos estos eventos traumáticos. Ellos no pensaban con claridad en esos momentos pues estaban funcionando a un nivel sensorial y no a un nivel cognitivo (Eysenck, 1986).

La pérdida de un ser querido es inicialmente experimentada como una experiencia sensorial y solo posteriormente es ordenada como una experiencia cognitiva. Hasta que el estado de seguridad no retorne, no será restaurado el procesamiento cognitivo ni la conducta retornará al nivel pre-duelo. Así, y debido a estos complejos fenómenos sintomáticos, y a que el deudo suele estar más hipersensible a la información que proviene de la comunicación no verbal que de la verbal, mucho del

reconocimiento de la realidad y del entorno donde el deudo se mueve dependerá básicamente de la información obtenida sensorialmente (de lo que ve y lo que siente) (Eysenck, 1986).

Por otra parte, y debido a que se sabe que la negación de la muerte y el duelo, y la simplificación de los rituales funerarios, se asocia a una mayor dificultad en la recuperación por la pérdida de un ser querido, se debe entonces recuperar, potenciar y/o rehabilitar aquellos rituales que ofrezcan al deudo mayor apoyo e información que facilite su reconocimiento de la realidad (Montoya, 2001).

Tradicionalmente se considera “crisis” a un suceso dramático que afecta al individuo en términos de inestabilidad emocional y reacciones no familiares abrumadoras. Se describe como un estado temporal de confusión emocional y desorganización después de un problema fuerte, circunstancia o situación, que no puede resolverse con los recursos comunes para resolver problemas. Es un momento en que “todo está en el límite”, por así decirlo. Para la persona en crisis, lo esencial del problema es que él o ella se siente sencillamente incapaz de tratar las circunstancias abrumadoras confrontadas en ese momento (Chacón, 2000).

Ahora bien, para la mayoría de las personas la mera exposición a un evento de crisis no es suficiente para producir un estado de confusión emocional y el resultado depende de cómo es valorada la situación y de cómo los afectados valoran su habilidad para manejarla.

Un desastre, por su parte, es un evento que ocurre de repente, inesperada e incontrolablemente, es de naturaleza catastrófica, implica la pérdida o amenaza de la vida, de la propiedad o de otras pérdidas secundarias asociadas, perturba el sentido de comunidad, de la familia, y, a menudo, provoca consecuencias adversas para los supervivientes. Es una experiencia vital que genera un fuerte impacto emocional y se vincula a pérdidas masivas que afectan intensamente tanto a factores materiales, físicos, psicológicos y sociales. En el desastre la mayoría de las víctimas son personas normales que funcionan bien ante las responsabilidades y problemas de la vida diaria; sin embargo, el desastre puede añadir tensiones adicionales a las vidas de estos individuos y sobrecargar su capacidad de afrontamiento. Aunque las reacciones a los desastres pueden variar entre los individuos, existen reacciones comunes que son reacciones normales ante un evento anormal. A veces estas reacciones de estrés aparecen inmediatamente después del evento y en algunos casos se retrasan por algunas horas, días, semanas y hasta por meses (Chacón, 2000).

Finalmente, y al igual que la crisis y el desastre, la emergencia es una situación inesperada que rompe de manera violenta el curso normal de las vidas. Afecta de manera integral la existencia como personas, como comunidad y como país, obligando a todos a redefinir los proyectos de vida. El carácter imprevisto, violento y masivo de la emergencia desborda la capacidad de los individuos y grupos para responder de una manera efectiva, generando miedo, angustia y diversas reacciones (Chacón, 2000).

Así pues, la pérdida de un ser querido no solo reúne las características propias de una crisis sino, además, las de un desastre y las de una emergencia. De ahí la importancia de implementar servicios de atención inmediata al duelo.

Por otra parte, tanto en los servicios de urgencias de hospitales y clínicas, en medicina legal y ciencias forenses, funerarias, salas de velación y cementerios, lugares propicios para las crisis, la posible vivencia de la muerte como un desastre y una emergencia institucional se relacionan con:

1. Se crean demandas que exceden las capacidades normales de la organización.
2. Se cruzan las fronteras contractuales establecidas.

3. Se cambia el número y la estructura de la organización que responde a la emergencia, lo que podría resultar en la creación de protocolos de asistencia.
4. Se crean nuevas tareas y se compromete a participantes que normalmente no respondían a estas crisis.
5. Se inhabilita el equipo y las facilidades que rutinariamente son necesarios para responder a contingencias menores.
6. Se complican la dificultad para entender “quién hace qué cosa” al responder a los desastres debido a la complejidad de los sistemas organizacionales.
7. Las organizaciones se ven afectadas por la falta de estandarización en la planificación y respuesta a los desastres y la complicada coordinación en ese momento. Además, las organizaciones sin experiencia en intervención en crisis frecuentemente responden continuando las funciones que desempeñaban independientemente, inconsciente de cómo sus funciones encajan en la totalidad de la compleja respuesta (Slaikou, 2001).

2.5.1. INTERVENCIÓN EN CRISIS EN SITUACIONES DE DUELO AGUDO

Un principio rector de una actitud ética es la consideración de que el deudo es un individuo normal, sometido a una circunstancia profundamente perturbadora y estresante, y que responderá a ella de acuerdo a su verdadera y específica historia personal y a su propia circunstancia biopsicosocial y familiar. Además, en la expresión del dolor por la pérdida de un ser querido intervienen una serie de factores que son propios a cada circunstancia. El diálogo con un deudo presupone en principio las condiciones psicológicas de todo buen diálogo, y estas son, entre otras, la actitud de respeto a la interioridad del otro, el escuchar realmente lo que se dice y lo que no se dice expresamente, el ayudar al otro a que perciba por sí mismo sus problemas y a que descubra la dirección de una solución (Slaikou, 2001).

Como se ha visto, existen algunos elementos particularmente deseables que son condiciones para el establecimiento de cualquier relación humana y profesional con el deudo, matizadas por la flexibilidad que rige a todo intercambio bidireccional y que constituyen la actitud de apoyo o soporte (de “acompañamiento”) propuesta en la asistencia al deudo:

1. Interés y preocupación genuina por el deudo y su familia (la preocupación es uno de los atributos más altamente valorados, junto con la compasión; pocas cosas pueden molestar más que un compromiso fingido).
2. Sentimientos amigables o calurosos hacia él (empatía).
3. Autenticidad, real, natural, honesta y sincera.
4. Calidez, espontánea, acogedora y preocupada.
5. Deseo de ayudar.
6. Continuidad en la ayuda ofrecida, tanto al deudo como a la familia.

Durante la relación o entrevista que se lleve a cabo con los deudos, hay que considerar:

1. Saludar a la persona como normalmente lo haría, busque una silla y siéntese cerca de ella; quedarse de pie es considerado como despiadado y expresivo de un deseo de salir o terminar lo más pronto posible. Es mejor evitar tópicos como "no llore", "no se preocupe", "piense en los demás", "tiene que ser fuerte", etc. Debe dejar que el deudo tome la iniciativa en la conversación.

2. En principio, se deberá indicar claramente que tanto usted como la empresa están disponibles para acompañar al deudo el tiempo que el considere oportuno; la frecuencia y duración de las entrevistas futuras dependerá de la situación del deudo y, por supuesto, de su demanda. En gran parte, es el deudo quien decide el momento de tales entrevistas. Lo principal es estar disponible y no hacerse el sordo. Esta actitud evita imponer una entrevista a un deudo que puede no estar bien dispuesto.

3. Saber cuando terminar la entrevista también es importante; para algunos deudos diez minutos es mucho tiempo, para otros una hora es muy corta. Simplemente diga: "pienso que ya he estado lo suficiente"; si el deudo replica "no", o "por favor quédese usted", puede estar más tiempo. Si el deudo está de acuerdo con usted, es ciertamente tiempo de marcharse. La consistencia y la perseveración son fundamentales, así como la calidad del tiempo es más importante que su cantidad.

4. Debe enfatizarse que nada de lo que la persona diga carece de interés, no es importante o es indiferente; debe estar muy atento, incluso para aquello que parece irrelevante. Debe tratar de recordar cualquier cosa en particular que el deudo haya dicho; es más, las cosas que no haya dicho también deberán ser registradas.

5. El deudo debe tener la oportunidad de expresar toda la ansiedad y dolor de lo que está en su cabeza, hablar acerca de temas religiosos, sentimientos de rabia y culpa y de la esperanza en una vida más allá de la muerte. Aunque la filosofía del deudo y sus creencias religiosas deban ser respetadas, es también importante que usted sea honesto si se le pregunta acerca de las propias ideas y creencias; esta es una pregunta que muestra que el asistente aprecia el punto de vista del deudo aunque éste no sea compartido.

6. En el curso de estas entrevistas es necesario respetar los mecanismos de defensa, dejar que la persona muestre sus sentimientos, ser un niño si lo desea, o estar agresivo. La negación es con frecuencia un modo efectivo de tratar un problema tan grave como la pérdida de un ser querido.

7. Sin dar una regla, lo mejor que puede hacer es abordar estas entrevistas sin una idea preconcebida de lo que va a pasar, dejando siempre una esperanza al principio en caso de hablar de lo doloroso de la situación, y nunca darse prisa. El deudo suele ser el que da la pauta a seguir (Slaikeu, 2001).

Las herramientas más importantes a utilizar por el Equipo de Respuesta a Crisis (ERC) en este contexto de dolor y angustia, son:

1. Escuchar y entender: Escuchar no es un procedimiento pasivo y distante, por el contrario, mediante esta actitud se transmite al deudo que uno está interesado y es un miembro activo de la relación. La comprensión no se expresa por medio de "sermones", "slogans" o comentarios muy largos al deudo, más bien debe economizarse el lenguaje intentando clarificar lo que el deudo está diciendo y ayudando a facilitar el flujo de la comunicación. El objetivo principal con esta herramienta es ayudar al deudo a que se exprese, y si uno hace preguntas innecesarias, habla muy a menudo, da explicaciones muy prematuras, reasegura muy rápidamente o desarrolla elaborados discursos, va a interferir con la comunicación del deudo.

2. Facilitación o Evocación: Con este elemento se estimula la comunicación y se obtiene mayor información de un tema determinado. La evocación puede ser directa o indirecta: es directa cuando se pregunta especificando lo que se quiere conocer pero siempre evitando sugerir la respuesta; para evitar respuestas inducidas no se deben hacer preguntas cerradas, que conduzcan a respuestas de Si No. Si se obtiene una respuesta cerrada, se debe procurar re-formular la pregunta dándole igual peso a las alternativas propuestas. Es indirecta cuando se invita o estimula al deudo a continuar elaborando un tema sin especificar el contenido de lo que se quiere conocer; esto se hace generalmente

repetiendo parte de lo que el deudo acaba de decir o utilizando "muletillas" en forma de pregunta o mostrando interés. Otra forma de evocación indirecta es resumir lo que el deudo acaba de decir o preguntar simplemente "¿hay algo más que quiera añadir o decirme?". Las pausas o silencios entre frases o comentarios del deudo a veces tan incómodos y angustiantes también pueden servir en algunos casos como estímulo indirecto para facilitar la comunicación de un determinado tema, particularmente aquellos más delicados y emocionalmente impregnados.

3. Apoyo: Esta herramienta incorpora todos los actos que comunican el interés o comprensión por el deudo o que promueven más seguridad en la relación. También se refiere a aquellas expresiones o acciones que se dirigen a restaurar el bienestar o confianza del deudo, especialmente cuando hay temor o ansiedad. El apoyo no debe hacerse hasta que se halla examinado cuidadosamente los problemas primarios del deudo, ya que si su evaluación ha sido incompleta o si el apoyo se manifiesta muy rápidamente esto puede impedir que el deudo explique sus problemas completamente o puede causar desconfianza e inseguridad.

4. Clarificación: La clarificación no hace referencia a interpretaciones de lo que el deudo dice o expresa verbal o no verbalmente, sino al procedimiento por el cual se asegura de que él, el deudo, y nosotros estamos entendiendo lo mismo. Tiene el fin de estimular o planear decisiones al indicar alternativas y consecuencias sin dirigir al deudo a seguir un curso específico de acción; clarificar no es igual a agregar información.

5. Educación: El ejemplo más claro de esta herramienta, que de hecho posee efectos terapéuticos, es cuando determinados síntomas (por ejemplo, presencia de un oleada de angustia aguda) están basados en concepciones erróneas ("infarto del corazón", "muerte inminente"). La información que se pueda impartir acerca de las oleadas de angustia aguda y de los otros síntomas/fenómenos que se presentan durante la fase aguda del duelo puede tener un gran valor desde el punto de vista terapéutico y profiláctico. La educación del deudo y de la familia es una de las herramientas de mayor utilidad en la práctica asistencial, y cuyos beneficios dependen en parte del tiempo que el asistente dedique a su elaboración (Steele, 2004).

2.5.2. EL PROCESO DE LA ATENCIÓN

El abordaje de los momentos críticos de estrés agudo (muy frecuentes en el entorno hospitalario, de medicina legal y funerario, tanto in situ, en la propia empresa y salas de velación, como telefónico o a nivel de campo en situaciones de desastre) es en gran medida de continencia, entendiéndose ésta como a la serie de actos, expresiones y conductas dirigidas a "sujetar" o "contener" al sujeto ante una situación creada, proveyéndole de un marco de referencia en donde pueda sentirse protegido, comprendido y atendido en sus temores y angustias. El proceso de atención tiene como objetivo principal el servir para organizar la intervención de los Primeros Auxilios Psicológicos y ofrecer unas directrices de actuación que faciliten el trabajo del profesional en este ámbito. El miembro del ERC puede seguir éstas con mayor o menor adherencia, si bien comprendiendo que cada caso requiere de un acercamiento individualizado que permita ajustar su atención a las necesidades y circunstancias del deudo (Steele, 2004).

Para el manejo de estas situaciones se sugieren los siguientes pasos:

(1) **UBIQUE:** Sitúe a la persona en un lugar privado donde pueda dar expresión abierta a su dolor y siéntese junto a ella; esta habitación deberá ser cómoda, segura, austera y desprovista de objetos peligrosos. En caso de no disponer de este recurso (habitación), aíslese un poco de las demás personas, siéntese junto a ella y anime la expresión de los sentimientos dolorosos. El acompañamiento deberá ser tan largo como la persona así lo exprese. Si la ayuda es por teléfono, pregunte el lugar dónde la persona se encuentra y las personas con quien se halla. En la medida de lo posible, intente siempre que esté otro familiar presente.

(2) **CONTACTE:** Al establecer contacto con la persona afectada, considere los siguientes aspectos: A. Tenga en cuenta los aspectos no verbales: Para establecer un contacto no verbal adecuado, las expresiones gestuales deben ser congruentes con la situación. Es importante transmitir cercanía a través del contacto y proximidad física (sentarse al mismo nivel, al lado del paciente, mantener contacto visual, etc.). B. Haga el contacto y establezca una relación: Dicha relación debe establecerse siguiendo las condiciones psicológicas de todo buen diálogo señaladas con anterioridad, aceptando a la persona con sus características, sin emitir juicios ni buscar responsabilidades, e intentando consolarla y tranquilizarla. C. Primeras preguntas: Las primeras preguntas deben estar relacionadas con los hechos ocurridos. Deben ser concretas, sencillas y dirigidas a hechos objetivos: "¿qué ha sucedido?", "¿con quién estaba, cómo se enteró y qué estaba haciendo en ese momento?", "¿qué hizo inmediatamente después?", etc. Se debe tratar de conseguir descripciones que lleven al procesamiento cognitivo (ordenar, asimilar y aceptar lo ocurrido) evitando centrarse únicamente en los aspectos emocionales.

(3) **EVALÚE:** La exploración inicial, necesaria para un tratamiento, incluye llevar a cabo un examen mínimo del estado mental (nivel de conciencia, orientación en tiempo, espacio y persona), identificación de problemas concurrentes inmediatos (soledad, indefensión, situación de desplazamiento, bajos recursos económicos, etc.), estado emocional actual (crisis conversivas, ira, embotamiento, ataques de pánico, aspecto sereno, reprimido o contenido, etc.) y procesamiento cognitivo de la situación (interpretaciones, atribuciones, negación, culpa, etc.). También es posible identificar el o los estilos de afrontamiento predominantes (negación, represión, distanciamiento, desplazamiento, proyección, elaboración de obsesiones, evitativo-activo, etc.) y promover y apoyar estilos de afrontamiento activo, además de identificación de recursos personales y apoyo social inmediato.

(4) **LEGITIME:** Es importante reconocer que los consejos "no piense más en eso", "no se preocupe" o "no llore", son pueriles, ingenuos, imposibles de lograr y no ofrecen ningún apoyo al deudo; por el contrario, al legitimar sus preocupaciones (al decirle que es normal lo que siente) se sitúa en un contexto de normalidad, pudiendo incluso introducirle en un rango de respuestas normales que pueden a su vez servirle como base y antecedente para futuras reacciones similares en otras fases del duelo. Más efectivo que asegurarle que todo irá bien es reafirmarle que se ocupará de él y que se ha tomado las medidas posibles en tal sentido. Habitualmente el deudo tiene la necesidad imperiosa de saber y comprobar que se le presta atención, se le respeta y se toman medidas referentes a su situación emocional.

(5) **PROGRAME:** Si es posible, deberá decidirse conjuntamente un curso inmediato de acción (planificar contratos verbales personales para cumplir el plan), prioridades u objetivos a lograr (p. ej., control de la ansiedad y la angustia con medicamentos y/o con técnicas de relajación), explotando los propios recursos y estrategias de la persona afectada. Esto da al deudo una sensación de dominio y confianza, reasegurando el

abordaje de cada uno de los problemas que le angustian y le preocupan. Estas acciones implican activar y orientar a la persona afectada hacia la acción y recuperar el nivel de procesamiento cognitivo.

(6) **ACLARE:** Ante preguntas del deudo, es importante no apresurarse a responder; suele ser más útil intentar con re-preguntas, decodificando en realidad que es lo que le inquieta; se puede facilitar la expresión emocional a través de preguntas del tipo “¿quiere hablar?”, “¿cómo se siente?”.

(7) **COMPROMETA:** Considerar siempre a la familia como elemento de continencia es un aspecto fundamental de las intervenciones en crisis. Explique a la familia el proceso a seguir y la importancia de su colaboración y compromiso en el control de la situación actual. Si la ayuda es telefónica, pídale al deudo que le pase a otro familiar cercano y explíquele lo que se va a realizar. Promueva y facilite la recuperación de su red social natural.

(8) **BUSQUE:** Lo que realmente importa de la atención en crisis no es un profundo conocimiento y análisis de la estructura mental del deudo, sino una humana, somera, cálida y cordial relación, adoptando una actitud de escuchar y comprender. Si no se puede aceptar hablar con él de lo que es su problema, sea lo que sea, porque supera las fuerzas o recursos, hay ser conscientes de ello y buscar el apoyo necesario en estas situaciones que pueden parecerse inmanejables.

(9) **CONSIDERE:** En una situación tan aguda como la del duelo, con frecuencia los pensamientos de suicidio suelen hacer presencia y generan una gran angustia en el entorno que rodea al deudo y en el propio asistente. Si los antecedentes personales del deudo son positivos para trastornos psiquiátricos, deberá hablarse con un familiar cercano y sugerirles ayuda profesional. En caso contrario, cuando no hay antecedentes, escuchar las quejas principales del deudo, jamás juzgar ni criticar, y orientar al deudo hacia una actitud constructiva o positiva es una forma de apaciguar la situación. En todo caso, no deje de sugerir ayuda profesional y/o remitir a la unidad del duelo de la empresa. Con objeto de que la persona afectada recupere su actividad normal, se puede hacer hincapié en los siguientes puntos: Planificar siempre tareas y actividades próximas y en compañía; promover el funcionamiento independiente; dejarle siempre acompañado, bien sea con otros profesionales o voluntarios, bien con familiares, amigos u otros deudos; planificar actividades para el hogar.

(10) **TRATAMIENTO:** Las crisis de pánico o su presunción deben ser abordados, en principio, desde un punto de vista farmacológico, es decir, con medicamentos, dada su capacidad para inducir conductas anómalas y perjudiciales para el deudo (considere un botiquín de urgencias), por lo tanto, deberá remitir a la unidad del duelo de la empresa y/o a los servicios médicos del deudo (seguridad social, empresa promotora de salud). Puede resultar igualmente útil el empleo de técnicas de desactivación o activación fisiológica (respiración, relajación, control de la tensión muscular, etc.) de acuerdo al estado y necesidades de cada caso.

(11) **ASEGÚRE:** Una vez finalizada esta primera intervención, asegure al deudo la continuidad de la atención y los servicios que la empresa pone a su disposición (literatura, conferencia, consulta personalizada, grupos de duelo, talleres especiales, etc.). El objetivo es que el deudo internalice la idea de la empresa y sus empleados como “acompañantes de duelo” durante el período que el deudo y/o su familia así lo necesite. En este punto es importante que la persona afectada comprenda la magnitud de la crisis; para ello, se puede dar información general acerca de los problemas y efectos del estrés agudo (síntomas) por la pérdida del ser querido, de su control y afrontamiento, y de las reacciones normales que se presentan en situaciones

excepcionales. También será importante promover una narración de los hechos en compañía de otros como una de las estrategias más útiles en el duelo (Sandman, 2003).

Para muchas personas, ninguna intervención adicional será necesaria. Sin embargo, algunos necesitarán IC adicional que maneje sus reacciones emocionales. Escuchar, acompañar, reconocer, resumir, reflexionar, normalizar, educar, corregir información falsa, planear el día de la conmemoración y las noches, y las respuestas empáticas, son las respuestas primarias a la crisis en este tiempo. Este tipo de atención especial para aquellos que tienen un tiempo emocionalmente difícil a menudo es todo lo que ellos necesitan (Steele, 2004).

2.5.3. DEBRIEFING

Esta técnica breve ayuda a los deudos a trabajar en los momentos críticos de la pérdida sufrida. Es conveniente realizarla en las primeras 48-72 horas después de los Primeros Auxilios Psicológicos o del Primer Contacto con el Cliente, y antes de la Consejería, Terapia de Grupo o Terapia de duelo. La dirección del grupo deberá estar a cargo del personal del ERC que tenga capacitación previa en estrategias de intervención en crisis (Garrido, 2003).

Sus objetivos más importantes son:

1. Aliviar la carga del estrés asociado a la pérdida.
2. Generar un espacio en donde se puedan expresar de forma segura los sentimientos y pensamientos relacionados con lo vivido.
3. Favorecer el apoyo intragrupal entre los que se han visto implicados por la misma situación de pérdida.
4. Anticiparse a los problemas y prevenir posibles secuelas psicopatológicas en los miembros del grupo.
5. Normalizar en cada una de las personas las reacciones que se están teniendo, evitando que se sientan diferentes al resto del grupo.
6. Detectar las personas más afectadas, facilitándole la ayuda y el seguimiento que se requiera.

El número de participantes depende del tamaño de la familia asistente, si bien es conviene que esté entre las 5 y 20 personas. Su participación debe ser, por su puesto, voluntaria y nunca forzosa. Como se trata de la pérdida de un ser querido, el grupo es homogéneo, así no todos sean familiares. Para su implementación es necesario disponer de un espacio cómodo y donde no se produzcan interrupciones. Toda la información que se presente es confidencial. Como en toda reunión grupal (al habilitar este espacio), es frecuente que durante la sesión algún participante se sienta un poco peor que al inicio (Garrido, 2003).

2.5.3.1. FASES DEL DEBRIEFING (DB)

1. (Garrido, 2003): Introducción: Presentación inicial de los participantes (incluido el miembro del ERC), explicación del propósito de la reunión, resaltando el beneficio que tendrá para ellos y, por tanto, la importancia que tiene. A continuación se expone brevemente todo el procedimiento y se dan a conocer las reglas que tiene el debriefing:

- a. No es necesario hablar de lo que no se quiera y no se forzará a nadie a que lo haga;
- b. Todas las manifestaciones serán respetadas, cada uno de los participantes hablará de sí mismo, no valen críticas ni juicios;
- c. si alguien se siente muy mal, puede abandonar temporalmente y volver cuando se encuentre mejor;
- d. toda la información será confidencial.

2. Relato de los hechos: Se trata de que los participantes comenten qué es lo que ocurrió y cómo se fueron desarrollando los hechos. Los temas pueden ser: ¿qué fue lo que pasó y cómo ocurrió?, ¿qué fue lo que le resultó más difícil ese día?, percepciones sensoriales que tuvieron a lo largo del día del anuncio de la muerte, ¿qué ruidos recuerda?, etc. Es importante que ellos entre todos consigan una descripción detallada de lo que pasó ese día.

3. Reacciones: En esta fase se pretende que los participantes expresen aquellos pensamientos y sentimientos que han ido teniendo a lo largo de los días desde el fallecimiento del ser querido, identificándolos, si es posible, en un papel; el miembro del ERC realizará un listado común. Esta fase es la más significativa para identificar a aquellas personas que están más afectadas por la situación vivida, siendo conveniente tener un encuentro posterior con ellos.

4. Normalización y educación: Los pasos en esta fase de la terapia se concretan en: resumir los aspectos más significativos de la sesión, normalizar las reacciones que están teniendo (es decir, situar en un marco de normalidad, de respuestas normales para la fase aguda del duelo), explorar la estrategias de afrontamiento que han puesto en marcha o bien animar a que movilicen los recursos que tienen, proporcionar herramientas y/o consejos que les ayuden a elaborar adecuadamente esta experiencia (empezar por información, compañía y conversación; remitir a la charla de duelo). Se les brindará información acerca de cuándo se deben preocupar por sus reacciones para que busquen, si fuera necesario, ayuda adicional (unidad del duelo). Los objetivos que se persiguen en esta etapa se van a ir consiguiendo durante toda la sesión.

5. Finalización: Antes de dar por finalizada la reunión, se dará la posibilidad para que pregunten o hagan algún aporte que consideren necesario.

Como parte del seguimiento, y después de 3 o 4 semanas, es conveniente analizar personalmente o por teléfono como se han ido normalizando las reacciones de los familiares, descartando la presencia de manifestaciones que nos puedan alertar de una ayuda especializada (Garrido, 2003).

No todos necesitarán DB. El DB es generalmente reservado para los más expuestos. Hay 4 posibles formas de ser expuesto:

1. Como deudo principal.
2. Como testigo de la muerte (asesinato, suicidio, asalto, accidente automovilístico, tragedia en autobús, incendio, ahogamiento, etc.).
3. Estar relacionado con la víctima (amigo, compañero; estar relacionado también puede incluir el percibir ciertas cosas parecidas con la víctima o una identificación personal con la misma).

4. Exposición verbal al incidente (escuchar los detalles de la experiencia traumática; la exposición vicaria también puede desarrollarse al escuchar repetidamente en los medios de comunicación las noticias de lo sucedido). “Estar relacionado a” y “ser testigo de” son cada vez más frecuentes en la sociedad tecnológica de hoy día (Garrido, 2003).

Las investigaciones que evalúan los diferentes resultados entre aquellos expuestos al DB y aquellos no involucrados en éste, han mostrado que las personas que han participado en el DB tienen más corta duración y menor intensidad de las reacciones. El DB puede acelerar la reducción de los síntomas. Así, el propósito del DB es dar a los participantes la oportunidad de contar su historia o versión usando preguntas muy enfocadas que identifiquen las experiencias conductuales, cognitivas y afectivas de los participantes. El modelo formal del DB es, sin embargo, muy cognitivo y su proceso puede no manejar todas las necesidades de las personas, de ahí la importancia del tercer, cuarto y quinto nivel de intervención (Strub, y Frederick, 1967).

2.6 PSICOTERAPIA DE LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

La psicoterapia es el tipo más antiguo de práctica médica. Cualquier administración de placebos es una forma de psicoterapia; y casi toda la práctica médica, hasta años muy recientes, ha consistido fundamentalmente en la administración de placebos o, lo que es peor, tratamientos perjudiciales (iatrogénicos) (Moss, 1988). Sin embargo, cuando el problema era con conducta "aberrante", como opuesta a una obvia condición física, entonces generalmente se empleaba alguna forma de psicofraude para cambiar la conducta aberrante. La evidencia antropológica indica que durante la mayor parte de su historia, el hombre ha usado diversas formas de magia simpática para enfrentar esta conducta (Moss, y Shane, 1988). Durante la historia registrada la teoría más común para explicar la conducta aberrante era la posesión por demonios. Aún una conducta no destructiva, pero altamente creativa, llevaba a la sospecha que la persona estaba asociada con el diablo u otra forma de demonios. La Biblia, El Nuevo Testamento y el Antiguo, está llena de fórmulas para enfrentar la posesión por demonios. El resurgimiento del psicofraude ha producido un nuevo interés popular con el Satanismo y la demonología (Portoundo, y Tamales, 1979).

Durante la Edad Media y hasta el siglo XVIII, todo desde brujería hasta la homosexualidad cae bajo el título de "actos contra natura" causados por posesión o alianza demoníaca (Halling, y Carroll, 1998). La Inquisición quemaba en la estaca a brujas, protestantes y homosexuales con el mismo aplomo. Todos eran considerados herejes. La teoría era que para arrojar al demonio(s) fuera, el hereje debía ser obligado a confesar sus pecados, si era necesario mediante tortura, para salvar su alma. Era mejor que pereciera su cuerpo para que el alma inmortal pudiera vivir para siempre en el cielo. Si bien esta práctica continuó hasta muy avanzado el siglo XVIII, la edad de la razón finalmente encontró las enfermedades mentales.

Es irónico que con la notable excepción de Maslow y otros pocos (Lantz, 1986) los principales psicoterapeutas se han concentrado en describir las enfermedades mentales sin primero describir la salud mental. Si cualquier proceso va a tratar las enfermedades efectivamente, se debería primero tener una clara noción de cual es el

objetivo final. Este objetivo final, una persona sana, debe ser el objetivo de toda terapia, mental o física.

Definitivamente "el tiempo" es mucho más que una noción. Es el límite real de nuestra existencia y por ende de las prácticas cotidianas, incluidas las prácticas profesionales. ¿Es la psicoterapia de la ansiedad ante la muerte una excepción? Sin duda alguna no. La psicoterapia de la ansiedad ante la muerte construye un tiempo, es instituida por un tiempo, existe en el tiempo. Su tiempo es atravesado por una dimensión metodológica, una epistémica, y una ontológica que construyen a la psicoterapia, por vía de su modelo paradigmático, en un acto de profundo sentido axiológico existencial humano. Pero también en un nivel más praxológico, al nivel de las prácticas concretas y de sus condicionantes, la psicoterapia y el tiempo viven un sistema de interacciones específicas (Moss, 1988).

Uno de los elementos de clara conformidad del tiempo en psicoterapia es el tema, superficialmente pedestre, de la duración. Y se dice "*superficialmente pedestre*" es porque se considera que una observación más profunda descubriría que aquí se encuentra una "*unidad*" fundamental, de la comprensión global del complejo sistema de determinaciones de dicha praxis profesional. Una visión rápida de lo ocurrido en los últimos decenios nos confirma que el tema de "la duración" ha sido clave en el campo de las intervenciones profesionales psicoterapéuticas y psicoanalíticas (aceptando, para evitar quien sabe si una discusión estéril, que como modelo de intervención clínica, el psicoanálisis puede no ser una psicoterapia). La evidencia más clara en este sentido es la aparición, auge y desarrollo de los modelos de intervención breve en psicoterapia para mejorar la ansiedad ante la muerte, que han ocupado una gran parte de los espacios de actuación psicoterapéutica (Crist y Barber, 1991; Kesselman, 1977; y Small, 1993). Casi ningún modelo teórico tradicional se ha salvado del desgajamiento de alguna propuesta de intervención breve. Incluso el Psicoanálisis se ha visto, no sin resistencia al interno de las instituciones psicoanalíticas más ortodoxas, fuertemente conmovido por la discusión en torno al tema de la duración (Moss, 1988).

Todo el despliegue de actuaciones profesionales en términos de orientación, consejería, etc. se suman a este impacto del tiempo sobre las praxis profesionales de psicólogos, psiquiatras y otros profesionales. El tema de la duración no cuestiona solamente el asunto de la "*longitud procesal*" de la psicoterapia sistema de encuentros demarcados por un horario, una frecuencia, un comienzo y un fin, sino también el tema de la "*longitud vincular*" el encuentro particular entre las personas, que tiene horario de realización, un comienzo y un fin, pudiendo tener o no una determinación de extensión e intensidad (Moss, 1978).

En la literatura especializada se señalan diversas causas que en mayor o menor medida dan cuenta del origen y las razones de los intentos de reducir el tiempo de duración, tanto de la reducción por vía de la disminución del tiempo dedicado a la "*sesión*", como de la reducción del "número de sesiones", que es lo más común (Ginés y Montado, 1995; Rivera, 1995).

Otros, sin dejar de aceptar la influencia del mercado, prefieren llamar la atención sobre la socialización de la asistencia pública en psicoterapia, lo que supone una mayor accesibilidad a más amplios sectores de la población en un volumen tal que no pueden ser atendidos por las vías tradicionales extensivas. Explicaciones de otro tipo llaman la atención sobre la aparición y extensión de la filosofía del "eficientismo de la excelencia" que impacta también sobre las prácticas psicoterapéuticas y las invita a buscar "*mayor o igual calidad, pero en menos tiempo*" (Ginés y Montado, 1995; Rivera, 1995).

Se une a esta idea, que pone el énfasis en el psicoterapeuta, otra que subraya la eficiencia pero del lado del cliente, del paciente. La vida cotidiana del hombre de estos tiempos esta profundamente marcada por el aprovechamiento del tiempo. El paciente ya no es tan "*paciente*", y no recibe con facilidad la sugerencia de una intervención terapéutica de larga estadía (Halling y Carroll, 1998).

Cambios importantes a favor de las prácticas psicoterapéuticas restringidas en el tiempo se relacionan con aspectos más de carácter técnico, entiéndase más propios o específicos. Resulta a un juicio evidente que una reconsideración de la comprensión de la cura en psicoterapia, de los objetivos mismos de la intervención terapéutica, por solo señalar algunos, favorecieron, en los últimos años, una comprensión más realista, y por ende más pertinente y adecuada. Algunas nociones concretas servirían como representantes "simbólicos" de lo antes señalado: malestar residual, sesión única, contrato terapéutico, limitación de objetivos, foco, impacto terapéutico, y otros (Beitman, 1987).

Desde lo antes dicho, se pudiera comprometerse con la idea de que un conjunto de procesos al interno de las praxis psicoterapéuticas, y el de cursar mismo de los procesos socioeconómicos, son propicios para, y demandan, una reconceptualización y modificación en la consideración del tiempo en psicoterapia, favoreciendo: una mayor accesibilidad y extensión de los servicios, el desarrollo de formas concretas de intervención acordes a las nuevas dimensiones temporales, la asunción de una comprensión más colaborativa de todos los constituyentes del proceso terapéutico, una delimitación más clara de los efectos, una menor artificialidad de la propia construcción de la situación terapéutica, y por último una mayor consideración de las demandas y exigencias que a la práctica del psicoterapeuta le vienen desde las condiciones objetivas de su contexto socioeconómico y sociocultural concretos. Hasta aquí, intentando sintetizar, se trata de afirmar que la Psicoterapia de la ansiedad ante la muerte ha sido convocada por ciertas "premuradas", y que responder a esta "convocatoria" es aconsejable sobre todo desde ciertas "corduras". Una tesis central sustenta estratégica y tácticamente la propuesta: reducir los tiempos no puede, no debe, ser un corte por la dimensión específicamente temporal. El asunto radica no en cambiar la duración en si misma, sino en lograr una actuación psicoterapéutica más ajustada por sus límites y por su capacidad de impacto (Beitman, 1987).

¿Cuáles serían las particularidades de la realidad desde las cuales resulta necesario pensar el problema del tiempo en psicoterapia de la ansiedad ante la muerte? ¿Cuáles serían las premuras? Una respuesta eficiente a estas preguntas, al menos desde las tradiciones de la ciencia positivista, supondría la realización de un proceso investigativo minucioso que contrastaría entonces con el propio hecho de tratarse de premuras. No teniendo esta posibilidad, se refugia en la condición de sujeto cotidiano que vive esas condiciones, y narra sobre la base de lo que se ha visto, de lo que se ha sucedido, de lo que ha ocupado largas horas de conversación con otros profesionales directamente vinculados al ejercicio de la psicoterapia en el país. Corriendo el riesgo de que sea tachado de "consabido" y "monotemático", el primer elemento a considerar es, el de las condiciones reales de vida cotidiana en el país, la dificultad objetiva que supone el consumo inmenso de tiempo que requiere el intento de resolución de cualquiera de los procesos vitales cotidianos de vida. Esto es un condicionante importante del hecho de que los pacientes tengan una preocupación constante por la terminación del proceso, de una buena parte del alto (en ocasiones verdaderamente muy alto) numero de abandonos del proceso cuando estos se extienden más allá de las 10-12 sesiones. Las urgencias de la vida cotidiana son muchas y claramente perceptibles, de

modo que a la hora de establecer prioridades la tendencia es a que ellas ocupen los primeros lugares (Crist y Barber, 1991).

Si del lado de las exigencias institucionales el tema del tiempo resulta de gran importancia, no menos significación tiene cuando se piensa del lado del paciente. La mayoría de los enfoques terapéuticos tradicionales proponen un modelo de instrumentación que no concede significado real a las particularidades nacionales, entiéndase culturales, históricas, sociológicas. Desde el punto de vista teórico, se supone frecuentemente que el sistema de operaciones y mecanismos psicológicos que ocurren al interno del paciente, del terapeuta, y en el sistema de interrelaciones que entre ambos se establece es más o menos el mismo. Si un paciente no es capaz de "encontrar" una línea de análisis personal partiendo de determinados contenidos oníricos, que usualmente resultan simbolizaciones abstractas, se reconocerá inmediatamente el status resistencial de dicha imposibilidad. Cuando del tema de la duración se trata, algo similar ocurre, aunque sin duda alguna, el desarrollo de las intervenciones psicoterapéuticas breves en los últimos años ha sido un factor de modificación importante. Sin embargo, aludiendo incluso a ciertas representaciones sociales, es difícil imaginar que la dimensión temporal pueda ser la misma para cualquier persona (Calviño, 1996).

¿Entonces, el psicólogo empieza a hablar, y qué sucede?" Al principio es bien interesante. La primera experiencia es muy favorable porque, a diferencia de lo que muchas veces sucede con el médico, el que esta allí, es decir el psicólogo, si escucha al paciente. No hay dudas que la primera gran necesidad de todo paciente es ser escuchado, ser atendido en ese acto interpersonal e íntimo que es, o que debe ser, la consulta. Pero es la tolerancia a ese tratamiento que consiste en hablar, escuchar, reflexionar, etc., la que falla. Una buena parte de los pacientes abandona sin haber concluido el tratamiento" (Calviño, 1996).

Por supuesto que cualquier generalización absoluta sería incorrecta. Incluso hay testigo de que en los últimos años la representación social del psicólogo y de su trabajo asistencial psicoterapéutico se ha modificado favorablemente. No obstante el hecho del abandono del tratamiento es una realidad indiscutible y abre una puerta a nuevas exigencias técnicas en la consideración del tiempo de duración del tratamiento, la eficiencia interna de la sesión y otros factores del tipo de relación y la postura del terapeuta. Si aún quedaran dudas acerca de las premuras que movilizan a una búsqueda orientada y fundamentada de modelos y procedimientos de intervención que reduzcan el tiempo de duración de los tratamientos psicoterapéuticos, se agregaría un fragmento más al dialogo (Ehrenwald, 1968).

Se podría seguir presentando premuras que influyen, en el caso de esta investigación, en la aparición y profundización de una marcada tendencia a reducir la duración de los tratamientos, pero se puede considerar lo dicho hasta aquí como suficiente. Intentando resumirlas de forma esquemática se puede considerar: Las condiciones de vida del promedio de la población que suponen serias dificultades para el mantenimiento y la constancia de tratamientos psicoterapéuticos prolongados o de altas exigencias en el consumo de tiempo; peculiaridades nacionales (culturales, históricas, sociológicas y psicológicas) que favorecen la mayor y mejor aceptación de tratamientos a corto plazo y de impacto más inmediato; La organización institucional del trabajo de los psicólogos en los centros donde se concentra la mayor cantidad de estos profesionales que realizan funciones psicoterapéuticas, y que demanda de ellos la realización de una cantidad considerable de actividades diversas quedando muy poco tiempo para la psicoterapia; el volumen de abandono de los tratamientos que pueden ser claramente asociados a formas de intervenciones psicoterapéuticas extensivas, de duración no preestablecida, o de formato totalmente abierto de la sesión en si misma y

las prácticas resolutivas que espontáneamente se han producido, muchas de las cuales no responden a una clara comprensión del problema, y pueden ser desde una amenaza de desprofesionalización hasta una reconversión iatrogénica o manipuladora (Gines y Montado, 1995).

Pero una consideración fundamental se parece necesario explicitar una vez más: el comprender la necesidad de desarrollar referentes conceptuales y prácticos instrumentales de intervención psicoterapéutica de la ansiedad ante la muerte de corta duración, no significa renunciar a la intervención terapéutica de larga duración. El asunto es sobre todo tener un sistema más flexible y variado de recursos de intervención psicoterapéuticos que permitan al profesional no solo una mayor capacidad de adecuación a las condiciones (de la situación, del paciente y de si mismo), sino también una mayor capacidad de impacto productivo. Renunciar a las intervenciones psicoterapéuticas de larga duración, renunciar a las llamadas psicoterapias profundas, es abandonar un espacio de suma importancia en el trabajo profesional, y perder, posiblemente, una de las más fructífera vías de investigación y comprensión profunda del funcionamiento de la mente humana, de la dinámica psicológica del ser humano (Gines y Montado, 1995).

Una escucha global de las opiniones más extendidas entre aquellos que trabajan en el campo de la psicoterapia de la ansiedad ante la muerte permite asegurar que existe una cierta certeza de la necesidad de abordajes psicoterapéuticos más adecuados a las condiciones y exigencias de la realidad. Así mismo, se acepta que una buena parte de la respuesta parece estar dentro de lo que se pudiera llamar el campo de las psicoterapias breves de la ansiedad ante la muerte. ¿Cómo entrar en ese campo?, ¿es posible hacer una derivación desde los modos de intervención que tradicionalmente se vienen aplicando hacia las formas breves? ¿Cómo proceder para lograr un sistema coherente de actuaciones y que logre los efectos deseados? (Kesselman, 1977).

Una de las posibles respuestas a las interrogantes antes señaladas se relaciona con la tradición "*sectorialista*" de la Psicología. Esto significa que, a primera vista, el asunto se resuelve primariamente volviendo la vista al modelo teórico de partida, es decir a los paradigmas fundamentales de la teoría psicológica dentro o con arreglo a los cuales se elaboraron los modelos y procedimientos de abordaje psicoterapéutico. De este modo, si se parte de una psicoterapia conductista, entonces el asunto parecería reducirse a definir como se pueden crear sistemas de reforzamiento o de extinción con el menor costo de tiempo posible. En la misma dirección pero en otro sentido actuaría aquel que partiendo de la práctica psicoanalítica pretende moverse hacia las intervenciones breves. Sin embargo en la realidad, la búsqueda de alternativas de corta duración "*desde dentro*" de los esquemas teóricos doctrinarios y esquemáticos se hace, en primer lugar una tarea visiblemente plagada de contradicciones y de remiendos tales a los principios de partida, que muchas veces estos se hacen irreconocibles o cuando menos evidentemente forzados (Kesselman, 1977).

En segundo lugar, la emergencia de la exigencia a los abordajes breves es un reclamo que viene esencialmente desde la práctica y no desde la reformatión teórica, y por ende las coordenadas dentro de las que se pueden encontrar soluciones no son solamente conceptuales-epistémicos, sino también y sobre todo pragmáticas-praxológicas. Una tercera cuestión es el hecho de que el movimiento de la ciencia psicológica dentro del cual aparecieron las grandes escuelas de psicoterapia, y que tipifica quizás todo el periodo que va de fines de siglo pasado a los inicios de la década de los setenta del presente, se enmarca dentro de lo que se denomina una "Epistemología Divergente" para la cual la búsqueda de las distinciones con otros modos de pensar y hacer las cosas se vive con tanta intensidad como una crisis de

identidad. Sin embargo, los años de auge de las intervenciones breves son años predominantemente enmarcados en una "Epistemología de la Convergencia". El gran síntoma de esta tendencia puede quizás ser el énfasis en la búsqueda de integraciones, cercanías, similitudes, relaciones de complementación, etc. que se verifican sobre todo al nivel de las prácticas. Es este un periodo más pragmático que para muchos supone una invitación al eclecticismo (Kesselman, 1977).

¿Cuáles son estos espacios lógicos o niveles constructivos? Sin pretender una respuesta única, se puede diferenciar cuatro espacios lógicos fundamentales: El espacio epistemológico. Aquí la integración supone la unificación de los principios, de las hipótesis generales sobre las que se sustentan los modelos teóricos o la prescripción de nuevas hipótesis. La historia de la psicología tiene una extensa lista de evidencias de que es aquí donde ya no la integración, sino apenas el más mínimo acuerdo o reconocimiento de comunidades, ha sido prácticamente imposible. Quizás porque es en este nivel donde con más fuerza establecen sus marcas los componentes filosóficos, ideológicos, cosmovisivos en sentido general. En el caso de la psicoterapia de la ansiedad ante la muerte es en este nivel donde se ubican aspectos tales como la cosmovisión del terapeuta, su visión de lo humano, de la vida, sus hipótesis acerca de que es la mente y su significado existencial, sus creencias ideológicas, incluso sus peculiaridades de idiosincrasia, cultura, etc. El imperativo constructivo de este nivel es lo esencial (Kesselman, 1977).

El espacio axiológico normativo: Lo axiológico abarca todo el campo constructivo de un paradigma. En su acepción más general se trata de los presupuestos éticos, valorativos, que delimitan lo aceptable y lo inaceptable, lo justo y lo injusto, lo admisible y lo inadmisibles, y por supuesto todas sus transiciones, como patrones comportamentales del científico, del profesional, del psicoterapeuta como ser humano. Sin embargo, aquí se refiere como constructo lógico particular para un paradigma. Si el referente más generalizado y común para la psicoterapia de la ansiedad ante la muerte en los últimos años es una ética humanista, que supone patrones de conducta en la relación paciente-terapeuta, en el manejo de las influencias del terapeuta sobre su paciente, en el respeto a la integridad física y moral del paciente por encima de cualquier presuposición teórica o de cualquier otro tipo, en el respeto a la confidencialidad de la información recibida del paciente, el derecho a la libre expresión, etc., no es menos ciertos que cada modelo teórico construye sobre esta axiología general una axiología normativa particular, con un sentido más heurístico. Aquí el imperativo constructivo es lo debido (Kesselman, 1977).

El espacio teórico-conceptual: En este nivel se trata de la construcción de teorías y nociones teóricas, que son construcciones lógicas más circunstanciales que las del nivel antes mencionado y en este sentido más susceptible de cambio, interpenetración, más flexibles incluso al interno de diferentes contextos epistemológicos. Se incluyen también los componentes metodológicos que establecen pautas de garantía al carácter científico del conocimiento en función precisamente de los modelos de ciencia dentro de los que se inserta. Una mirada a las teorías psicológicas se hace evidente que desde un mismo espacio epistémico se construyen distintos espacios teórico-conceptuales. Esto tiene un valor especial en la comprensión de la relación entre los diferentes niveles, pero además confirma la posibilidad de producciones complementarias y por tanto integrables en construcciones distintas a aquellas en las que fueron instituidas o descubiertas. Aquí se ubicaría el paradigma teórico específico que resulta ser el referente central del terapeuta, su adhesión a un cierto modelo teórico-conceptual que lo hace pensar en términos de ciertos conceptos e hipótesis explicativas particulares, su

teoría de la cura, su concepto de bienestar, etc. En este nivel el imperativo constructivo es lo asumido (Kesselman, 1977).

El espacio pragmático: Es este el nivel que concierne a la actuación, al éxito de la intervención comportamental. En este espacio se ubica tanto las operaciones que se realizan, los procedimientos con los que dichas operaciones se realizan, las habilidades o imperativos técnicos de dichas operaciones, así como "la creencia pragmática" (Kant). Interesante destacar desde esta representación kantiana, que el espacio pragmático contiene una "teorización", un conjunto de representaciones teórico-conceptuales que articulan in situ las operaciones que se realizan. Estas pueden ser, polarizando para sintetizar: coherentes, sistemáticas, estructuradas, y reflexivas, o en los polos opuestos, inconexos, referenciales, contingentes e intuitivos. El espacio pragmático no es entonces tan solo un nivel empírico, sino también empírico representacional. El imperativo evidente de este nivel es lo útil. ¿Qué relación existe entre estos espacios? Esta es una cuestión fundamental para poder definir cómo se va a responder a las preguntas que se ha formulado en el ámbito específico de la psicoterapia de la ansiedad ante la muerte. El perfeccionismo lógico imperante en los modelos epistemológicos tradicionales, supone que la relación entre estos niveles es de inclusión total, es decir, de los presupuestos cosmovisivos se derivan teorías y conceptos que suponen pautas axiológicas de comportamiento. Entonces se construyen los sistemas operativos o funcionales acordes a dichas elaboraciones. Cualquier espacio de no congruencia es tomado como deficiencia constructiva del modelo. La estructuración es desde los niveles teóricos a los empíricos. El lugar de la verdad es la teoría, lugar desde el cual se construye el *modus operandi* (Kesselman, 1977).

Desde esta perspectiva queda claro que la integración constructiva resulta prácticamente imposible. En el mejor de los casos se hace posible una asimilación, es decir un hacer entrar al sistema de un modo reconceptualizado hallazgos y procedimientos de otros modelos. Las grandes Escuelas en Psicología servirían de ejemplo concreto de este modo de elaboración paradigmática. Por solo señalar uno, se piensa en el Psicoanálisis freudiano que se conforma como sistema cerrado y de "*derivación unidireccional*" dentro del cual la lógica más estricta supone una conformidad inequívoca (aunque a decir verdad, solo interpretativa) desde los presupuestos teóricos hasta las operacionalizaciones. Nada de la Psicología necesita el Psicoanálisis, nada del Psicoanálisis puede asumirse sin ser psicoanalista. Sin embargo, la relación no es tan lineal como se supone. Por una parte, de un mismo espacio epistemológico se derivan propuestas teórico-conceptuales distintas, axiologías normativas diferentes aunque cercanas, y del mismo modo aparecen propuestas instrumentales, abordajes, elaboraciones empíricas distintas. Evidencias de esto se encuentran copiosamente en todo el devenir de la Psicología (Norcross y Marvin, 1992).

Esto significa que todos los espacios tienen un cierto nivel de independencia entre sí. Es probablemente esta relativa independencia la que invita a un abordaje ecléctico, especialmente al nivel de las operaciones, o lo que se ha denominado el espacio pragmático. Pero esto es apenas lo que ocurre al interno de un Modelo paradigmático. Se piensa ahora que ese modelo paradigmático, llámese X, por una parte existe en un contexto real que constantemente aporta nuevos hallazgos, prácticas intuitivas de valor utilitario, etc. que cuestionan y ponen "*en crisis*" sus representaciones teóricas. Ese contexto lo comparte además con otros paradigmas, Y, Z,... que también explicitan sus teorías y sus prácticas que de ser cuando menos efectivas o de llamar la atención sobre sucesos no representados en X suponen la necesidad de una apertura de alguno (o algunos) de sus espacios lógicos para "*dejar entrar aquel hallazgo*" (Norcross y Marvin, 1992).

El espacio pragmático es el más cuestionado por la realidad entendida como contexto concreto y variable en el que existen las prácticas científicas y profesionales, como destinatario consumidor de estas prácticas, y como demandante de respuestas no solo a largo y mediano plazo, sino también a corto plazo (las premuras). El hecho resultante es que, en términos estrictamente comprensivos, el espacio pragmático es más "voluminoso" que el resto de los espacios. Dicho de otro modo, no todo lo que sucede en la pragmática tiene un lugar de conceptualización y de teorización en los niveles correspondientes a lo esencial, o lo asumido, ni tampoco en el lugar de los axiomas normativos ((Norcross y Marvin, 1992).

Lo epistemológico, lo teórico-conceptual dan cuenta de una buena parte de los sucesos de la pragmática (tanto cuanto más adecuada sea), pero no dan ni pueden dar cuenta de todos. Ellos se corresponden con la lógica interna de su nivel, entiéndase con su propia lógica, pero no "hablan" el discurso de la pragmática, por lo que no pueden expresar en su metalenguaje lo que allí sucede. Si servirse una vez más del psicoanálisis, piense en las relaciones que se verifican entre aquello que se reconoce como "la dinámica" del psicoanálisis y su "dramática": Se intentara resumir las ideas presentadas aquí con respecto a la integración: El asunto de la integración en psicoterapia no puede reducirse a una nueva forma de "eclecticismo disfrazado" tras palabras que no se clarifican en hechos distintos a los que otros modelos eclécticos suponen. La alternativa de la integración es plausible, pero supone diferenciar con claridad las posibilidades asociadas a cada nivel o espacio lógico-constructivo. En los niveles epistemológicos esenciales y teóricos-conceptuales, la integración no es otra cosa que la construcción de un nuevo modelo o paradigma que se construye también asimilando la experiencia de otros modelos. En este sentido esta no puede ser una tarea contingencial situacional. Su perspectiva temporal es a mediano o largo plazo. Sin embargo al nivel de las prácticas, en el espacio de la pragmática existen posibilidades variadas que pueden ser explotadas sin riesgo de modificaciones esenciales a los modelos teóricos. Supone si un cambio de actitud del profesional: pasar de un estilo de predominio de lo teórico-conceptual a lo teórico-praxológico (Kesselman, 1977).

Desde su filosofía y antropología, Frankl (1999) nos conduce paulatinamente hasta el magnánimo colofón de su teoría, la cura médica de almas. Rescatando la espiritualidad del hombre para la psicología, nos presenta al hombre como un ser tridimensional; sin negar la realidad y validez de lo psicofísico se centra en la dimensión espiritual donde explícita el sentido de vida (S.V.), la voluntad de sentido (V.S.) y la libertad de voluntad (L.V.), elementos intrínsecos y fundamentales de la existencia humana; desde allí mismo, señala tres caminos para llegar al sentido de vida : Los valores de creación (el trabajo, la acción), los valores de experiencia (las experiencias vivenciales y el encuentro con el otro) y los valores de actitud (el sufrimiento); y, en éste último, explícita la triada trágica del dolor, la culpa y la muerte. En otras palabras, arranca diciendo que la vida del hombre tiene sentido y jamás lo pierde, ni siquiera cuando este pasa por la experiencia del sufrimiento. Frankl (1999) incorporando la espiritualidad a la terapéutica sienta las bases de la logoterapia pero, yendo más allá, con la cura médica de almas o pastoral médica la cuestión que plantea es de si el médico (o el psicoterapeuta o el terapeuta en general) tiene el derecho o deber de dar un poco más (Gorres, 1958).

En su expresa voluntad humanizadora, Frankl (1999) lo que pretende es no solo cuidar el ejercicio ético de las profesiones de la salud, vigilar sobre lo que no se debe hacer, es decir, lo antiético, inmoral o iatrogénico sino que apunta directa y abiertamente a estimular lo que se debe hacer: Urgir una terapia apropiada para las alteraciones que presenta la humanidad como patología del tiempo, bajo la forma de

frustración existencial, vacío existencial o neurosis noógena; estimular el proyecto de vida que está expreso o latente en cada hombre; acompañar en el dolor por la cura médica de almas como *medicus humanus* para el *homo patiens*, es decir, como terapeuta capaz de ver en la enfermedad al hombre que sufre, que sabe que no está al lado de máquinas insensibles sino de seres humanos que sufren, gozan, sienten, creen, etc.; acompañar en el dolor recordando que la lucha por el sentido”, la voluntad de sentido, no se detiene ni siquiera ante el sufrimiento (Gorres, 1958).

Intentando precisar el contenido de la expresión pastoral médica o cura médica de almas habrá que decir que, así como no es una terapéutica más para almacenar en el arsenal de técnicas de intervención ante la ansiedad de la muerte, tampoco habrá que confundirla con la cura de almas, que corresponde al sacerdote. La cura médica de almas es más bien una especie de apostolado que (el terapeuta) ha de ejercer a diario y en cada consulta y, entonces, es misión que cae de lleno dentro del oficio y práctica de la medicina. El médico o terapeuta se enfrenta día a día en sus consultas con esta auténtica oportunidad de pastoral laica profesional cuando le corresponde acompañar aquellos casos en los que ya no hay espacio para la curación o, tal vez, para el alivio y solo queda el recurso de infundir consuelo. El médico a diario es testigo de excepción del cambio de actitud a que está abocado el hombre en su búsqueda del sentido de vida; el médico presencia desde la posibilidad, al alcance de toda existencia media, de dar un sentido a la vida mediante una actividad creadora, a la necesidad de dar un sentido a la existencia mediante el sufrimiento, mediante la aceptación de un destino doloroso (Gorres, 1958).

2.7 INTROSPECCIÓN SOCRÁTICA Y LOGOTERAPIA

En primer lugar, la logoterapia para mejorar el sentido de vida en pacientes con ansiedad ante la muerte considera a la introspección socrática como una propuesta que se puede considerar como útil dentro de la logoterapia y la terapia psicológica en general. En segundo lugar, el desarrollo argumentativo al realizar puede presentar inicialmente una relación crítica entre el análisis existencial de Frankl y la logoterapia. Y finalmente, se plantea como conclusión que la introspección socrática es una opción que se puede considerar importante dentro de la logoterapia y la psicología clínica en general, pero que requiere un plan de indagación más sistemático (Bazzi y Fizzotti, 1989).

Al hacer una aproximación a la obra de Frankl (1994), se observa una enorme cantidad de investigación que se ha realizado alrededor de dos estrategias logoterapéuticas que este autor desarrolló y que han continuado estudiando sus discípulos y seguidores. En este sentido, la intención paradójica y la derreflexión son dos aplicaciones clínicas concretas que están cobijadas dentro de las denominadas técnicas no específicas de la logoterapia, las cuales se utilizan para los casos de neurosis tradicionales, es decir, los pacientes de obsesiones neuróticas, por ejemplo en los cuales casi siempre no está en consideración para la persona el sentido de la vida, concepto central este en el planteamiento de Frankl. Sin embargo con excepción de la aplicación clínica del diálogo socrático hay un acuerdo general en la literatura acerca de falta de claridad y de formas sistemáticas de uso de técnicas específicas para los casos que dentro de la logoterapia se denominan neurosis noógenas y pastoral médica, es decir,

cuando se trata de casos en los cuales los pacientes son tratados para encontrar el sentido de la vida, manejar un conflicto de valores o está presente el sufrimiento, como también los casos caracterizados por el agite interior en personas no creyentes.

En este orden, (Bazzi y Fizzoti, 1989, pág. 115) han señalado “la logoterapia específica a diferencia de la no específica no se funda sobre una técnica claramente establecida, y por tanto... tiene que ser, por así decirlo, improvisada en cada caso en relación con la situación del cliente. Se trata, en otros términos, de decir la palabra justa en el momento justo y en esto consiste ante todo la habilidad del logoterapeuta”. Así, esta aproximación clínica, específicamente con relación a la intención paradójica, la derreflexión y en algunos casos con el diálogo socrático, se presentan como una manera de hacer psicoterapia más bien de tipo óntico, es decir, donde el eje del proceso tiene que ver con asuntos de orden práctico en la vida de las personas, en el sentido de cuestiones que tienen que ver con el mundo y la naturaleza. Se puede indicar que estos procesos finalmente son concebidos generalmente en términos de las necesidades psicológicas de los pacientes, sin considerar otros aspectos que como el autoconocimiento, pueden llegar a constituirse en formas ontológicas de encontrar sentido y tal vez aproximarse un poco al suprasentido, es decir, el sentido último de la existencia humana que tanto insistió Frankl (2003) a lo largo de su obra. Entre los discípulos de Frankl también se ha observado esta misma tendencia, incluidos los que han introducido desarrollos posteriores en la logoterapia. Un ejemplo de esto último, se puede establecer en el libro de Elisabeth Lukas “También tu sufrimiento tiene sentido”, editado en el 2000.

Los ejemplos que se indican a continuación sirven para ilustrar las situaciones anteriormente anotadas. Estos se refieren inicialmente a casos de neurosis tradicional. Así, citando Frankl una situación relacionada con la intención paradójica, en el libro “Ante el vacío existencial” (Frankl, 1994, pág 64), señala éste como frente a una señora que le temblaban mucho sus manos de tal forma que no podía sostener una taza de café sin derramar su contenido, le insistió para que compitiera con él para ver quien temblaba más. La dama en mención hizo varios ejercicios de temblar junto con Frankl y posteriormente perdió el hábito de temblar por haber deseado hacerlo y haberse burlado de ella misma por este acto. En el mismo texto indicado, (Frankl, 1994, página 77), trae Frankl otro ejemplo de neurosis tradicional tratado con la derreflexión en el cual se le prohibió a un paciente con dificultades en la erección para que llevara a cabo el acto sexual, quedándose solamente dicha relación al nivel de las caricias, con el fin de eliminar el temor al desempeño que éste tenía.

En otro caso pero ahora de neurosis noógena y expuesto en el mismo texto de “Ante el vacío existencial”, (Frankl, 1994, pag. 98) Frankl atiende a una persona que está llena de tristeza y dolor por la muerte de su esposa. En un momento determinado le pregunta Frankl al paciente si había reflexionado sobre lo que habría ocurrido si las cosas hubieran sucedido al revés, es decir, que si él hubiera muerto antes que su esposa. Este respondió que se hubiera hundido ella en la desesperación, ante lo cual Frankl le hizo caer en cuenta que con esta situación el paciente le había ahorrado dolor y sufrimiento a su mujer. Frankl afirma entonces que “en aquel preciso instante, su sufrimiento adquirió sentido, pues había cambiado la actitud”. Cabe recordar que, en estos últimos casos que se han descrito es decir, en los de neurosis noógena o de pastoral médica el diálogo socrático se utiliza como una pieza con un alto valor terapéutico por las posibilidades que tiene el paciente, dentro de este proceso socrático, de modular su actitud o postura frente a la problemática que está viviendo. De esta manera, se puede señalar que este tipo de diálogo, sirve para preparar a la conciencia

sobre lo que se considera lo más indicado para hacer, en función de una ganancia en el equilibrio personal que el diálogo socrático puede generar.

Es importante destacar que no está discutiendo la efectividad de estas aproximaciones logoterapéuticas, ni el nivel en el cual están actuando, ni negando que favorezcan en algún grado el desarrollo de la conciencia, sino se está subrayando la desarmonía que presenta Frankl al parecer entre; por un lado, su discurso de antropología filosófica caracterizado por su exquisita y profunda erudición cuando se refiere al ser humano y su existencialidad y, por otro lado, la parte clínica de este mismo discurso cuando desarrolló formas de abordaje con excepción en algunos casos del diálogo socrático que parecen no estar en consonancia epistemológica con la teoría desde donde se han desprendido. En este caso se está puntualizando la ausencia o falta de claridad de abordajes de tipo noógeno o espiritual-existencial dentro de su proceso terapéutico. Lo anterior es tan evidente que la técnica de la intención paradójica ha sido investigada y desarrollado igualmente por el enfoque comportamental bajo una interpretación clínica muy diferente. Una pista importante para ubicar una estrategia clínica que intente un acercamiento con el pensamiento de Frankl, pero que al mismo tiempo refleje su relación con su antropología filosófica es, al parecer, examinar el papel que cumple la conciencia en la búsqueda del sentido. En este orden, se puede considerar como básico este fenómeno dentro del análisis existencial frankliano y su logoterapia. En efecto, este autor ha hecho tanto énfasis en este asunto de la conciencia que la señaló como un órgano del sentido dentro de su teoría. Así, en el libro “Ante el vacío existencial” (Frankl, 1994, pág. 31) declara: “el sentido no sólo debe sino que también puede encontrarse, y a su búsqueda guía al hombre la conciencia. En una palabra, la conciencia es un órgano del sentido. Podría definírsela como la capacidad de rastrear el sentido único y singular oculto en cada situación.” En el libro “El hombre doliente” Frankl operacionaliza un poco esta situación cuando sostiene: “partiendo del hecho de que la conciencia es una especie de órgano del sentido de la vida, podemos compararla con un apuntador que le va indicando a uno la dirección en que ha de moverse para detectar una posibilidad de sentido...” Es tanta la importancia que el padre de la logoterapia le da a la conciencia que en el libro “Logoterapia y análisis existencial” (Frankl, 1994, pág. 37) enfatiza, entre otras, una frase del Feigl: “la conciencia es lo más cierto. Aquí está el punto de apoyo de Arquímedes. Desde este punto de apoyo hay que considerar el mundo si se quiere conseguir una concepción del mundo”.

En este mismo sentido, en el libro “La presencia ignorada de Dios” (Frankl, 1994, pág. 36) el pionero de la logoterapia comentando acerca del deber ser del hombre en la búsqueda del uno necesario es decir, del Logos precisa: “en ningún caso es cognoscible racionalmente, sino sólo intuitivamente”. Y enseguida agrega: “esta función intuitiva es de hecho la que corresponde a la conciencia”. En este contexto se entiende por intuición el acto de anticiparse espiritualmente a la realización del ser, en términos de los valores de sentido, es decir, pasar de lo posible a lo realizable en la persona. En “La Voluntad de sentido” (Frankl, 1991, pág. 30) Frankl explica con palabras más sencillas esto mismo cuando plantea “en la búsqueda de sentido el hombre es guiado por su conciencia. En una palabra: la conciencia es un órgano del sentido” Y en la página 31 de este último texto agrega: “se podría definir (la conciencia) como la capacidad de percibir totalidades llenas de sentido en situaciones concretas de la vida”. En este contexto debe entenderse que el sentido, en todo caso, se halla oculto en cada una de las circunstancias de la vida cotidiana y es deber el ser humano descubrirlo y realizarlo en términos de una tarea trascendente. En el libro “Ante el vacío existencial” (Frankl, 1994, pág. 32) Frankl subraya esto mismo diciendo: “en esta época, la

educación ha de tender no sólo a transmitir conocimientos, sino también a afinar la conciencia, de modo que el hombre preste atento oído para percibir el requerimiento inherente cada situación”. Se puede entender que en este último caso se está abogando por una pedagogía de la conciencia encaminada hacia la realización del ser existencialmente hablando.

Una cuestión básica de la conciencia es la propiedad en las personas que permite el darse cuenta lo que ocurre. Con este darse cuenta el individuo enfrenta las circunstancias de la vida y su sentido. En este orden, la conciencia se percibe como una voz propia, en lo que ha venido a llamarse la voz de la conciencia o simplemente conciencia. Sin embargo, Frankl no le da este carácter cuando manifiesta en “La presencia ignorada de Dios” (Frankl, 1994, pág. 59) “la conciencia no podría tener voz, ya que ella misma es voz: voz de la trascendencia. Esta voz la escucha el hombre solamente, pero no procede de él; al contrario, sólo el carácter trascendente de la conciencia nos permite comprender por vez primera al hombre, y en especial su personalidad, en un sentido profundo”.

Esta idea de la conciencia que habla, y la trascendencia que ello implica, la llevó Frankl al parecer hasta su máxima expresión cuando en “Psicoanálisis y existencialismo” (Frankl, 1967, pág. 81) afirma “la conciencia nos habla siempre en forma de respuesta. En este aspecto, el hombre religioso, psicológicamente considerado, es aquel que vive con lo hablado a quien habla, cuyo oído, por tanto, es en cierto modo más agudo que el del hombre no religioso: en el diálogo con su conciencia en este diálogo consigo mismo, el más íntimo de todos los coloquios, escucha también la voz del Interlocutor”. Esta condición espiritual que se puede considerar la más sublime que puede vivir un ser humano desde el punto de vista trascendente genera un tipo de existencia muy especial.

A manera de síntesis, se ha dicho hasta aquí que, por un lado, dado el carácter exclusivamente clínico de la intención paradójica y la derreflexión, no necesariamente se generan estados de conciencia ontológicamente fundamentales para la vida de las personas y, por el otro, basados en la preponderancia de la conciencia en la búsqueda del sentido, es clave ubicar una estrategia que permita el enriquecimiento de estados de conciencia. Así, tanto en el nivel óntico, es decir, en la búsqueda de sentido, como en el ontológico, es decir, en la búsqueda del sentido último, la conciencia es muy determinante. En consonancia con los anteriores, se puede decir que el diálogo socrático es una estrategia que ha mostrado ser muy importante en el trabajo clínico del padre de la logoterapia y sus seguidores, por poseer ésta la cualidad de adentrarse en la conciencia de las personas y permitir con esto un autoconocimiento. Frankl en el texto “El hombre doliente” (Frankl, 1994, pág. 46) lo destaca cuando expresa: “el médico actual debe tener el valor de sostener tales diálogos socráticos si quiere tomar en serio su misión de tratar no sólo enfermedades, sino (también a los) seres humanos; en efecto, la duda sobre el sentido de la vida, la desesperación de una persona por la aparente falta de sentido de su vida no es ya una enfermedad, sino una posibilidad esencial del ser humano”.

La introspección socrática considera al diálogo socrático direccionado en dos sentidos de aplicación: una hacia afuera donde hay un otro externo y otra aplicación hacia adentro donde ese otro es la persona misma. Tanto en los diálogos de Platón, como en la logoterapia en general, se evidencia el uso de este proceso socrático en el primer sentido. La segunda forma corresponde a lo que, se llama introspección socrática, como una estrategia que a manera de intento o aproximación dentro un proceso específico logoterapéutico busca desarrollar o enriquecer en las personas sus niveles de conciencia. En este orden, ambas formas de diálogo buscan el conocerse a sí

mismo. En el primer caso este hecho se denomina en psicología metacognición o metaconocimiento, pues un conocimiento se genera y actúa básicamente a nivel del pensar del individuo. En el segundo caso se denomina autoconocimiento, pues un conocimiento se genera y actúa básicamente a nivel del sentir de la persona. La palabra introspección viene del latín “intro” que significa dentro y “spectare” que quiere decir mirar. Entonces se puede decir que la introspección en genérico es el proceso mediante el cual las personas pueden echar una mirada u observación a su interioridad subjetiva.

Siguiendo estas ideas, se presenta un tipo de introspección que inspirada en los planteamientos de Sócrates y dados a conocer éstos, entre otros, por Paul (1996) ha mostrado ser de mucha ayuda dentro del proceso clínico que ha llevado a cabo este trabajo de investigación precisamente con los pacientes de grupo A₁: experimental, a la hora de requerir un mayor nivel de conciencia y compromiso de los pacientes y especialmente cuando ha recurrido a la logoterapia como estrategia de intervención. Por la lógica limitación de espacio y a sabiendas de los inconvenientes de las síntesis, se concreta el pensamiento de Sócrates en las frases: “la virtud (en el sentido de areté) es conocimiento”, “el mal obrar sólo puede deberse a la ignorancia”, “conócete a ti mismo” y “una vida sin examen no merece ser vivida”. La introspección socrática está fundamentada en estas aseveraciones, la cual al parecer no está en contradicción con el análisis existencial propuesto por Frankl, pues la conciencia, la responsabilidad, la libertad y otros asuntos trascendentes propios del ser humano que han sido estudiados por el padre de la logoterapia, se vuelven sublimes si son examinados con alguna frecuencia por parte de quien vive su existencia. La introspección socrática como una secuencia heurística de autopreguntas y autorespuestas, relacionadas con una situación específica que se esté viviendo. Ésta se caracteriza en primer lugar y como ya se anotó por ser esencialmente un diálogo socrático, pero no desarrollado hacia afuera sino hacia dentro y en segundo lugar por partir del supuesto del conocimiento de sí mismo como condición fundamental para desarrollar óptimamente cualquier actividad.

Tal como ocurre con otros procesos que implican un aprendizaje, esta introspección requiere especialmente en sus primeras etapas de un otro externo que vaya retroalimentando al individuo en las diferentes instancias, es decir, que le sirva de “espejo” respecto a lo que la persona hace durante este proceso. Esta condición de acompañamiento o monitoreo se vuelve muy crítica en situaciones en las cuales no hay un logoterapeuta o un otro externo guiando, pues existen muchos detalles y circunstancias a considerar, tales como el abordaje de los mecanismos de defensa por parte de quien utiliza la introspección; como también el manejo, entre otros, de la angustia, el dolor y el malestar que conlleva cuando se hacen algunas preguntas acerca de la existencia. En este último caso, se esperaría que la introspección le indique a quien la hace el momento de buscar ayuda psicoterapéutica, si así fuere la situación. En resumen, se puede afirmar entonces que toda introspección socrática, se inicia en una relación con un otro que está afuera y termina en una relación íntima consigo mismo, con perspectiva de volverse autotrascendente.

Igualmente, se ha observado en la persona que vivencia este tipo de proceso socrático bloqueos en la secuencia de autorespuestas que se está indagando. Así mismo, se ha examinado que la introspección socrática, como metodología, es bastante sencilla; pero, al mismo tiempo, extremadamente complicada al aplicarse en la logoterapia, como también en las otras situaciones clínicas, en razón de las implicaciones que ésta tiene para el conocimiento de sí mismo pues, como muchos lo afirman no hay algo más difícil que conocerse a sí mismo. En esta misma línea, se puede decir que es muy poco usual encontrar personas que se preocupen por indagar acerca de este tipo de preguntas íntimas, incluso se ha encontrado muchas personas que manifiestan extrañeza al

sugerírsele la metodología socrática y aun individuos con estudios superiores que nunca se han hecho autopreguntas en el sentido introspectivo. Para las situaciones anotadas, se puede enfatizar que estos individuos se han abandonado a ellos mismos en el sentido trascendente pues no reconocen ni vivencian su otro yo existencial (Lukas, 2000).

En resumen: cuando una persona pone a su disposición toda una organización y ejecución de estrategias para conocerse a sí mismo entre otras la introspección socrática se puede decir que dicho individuo está desarrollando un proceso de autotrascendencia, en el sentido de estar en condiciones de tener una atención flotante sobre su existir y, por tanto, poder ejercer algún tipo de automonitoreo sobre sus procesos de conciencia y del comportamiento. Esta última idea, tal como se expresa, no aparece en el lenguaje utilizado por Frankl, pero se puede manifestar que al parecer este autor la consideró cuando en “El hombre doliente” (Frankl, 1994, pág. 250) hablando éste respecto a la realización de los valores y apoyándose; por un lado, en Jaspers cuando éste define que “el ser del hombre como un ser decisivo que nunca es sin más, sino que cada vez decide lo que es y, a que “el hombre tiene un carácter, pero es una persona que admite un complemento y deviene una personalidad” plantea Frankl: “la persona que alguien es, dialogando con el carácter que tiene, adoptando una posición ante él, lo configura y se configura ella constantemente y llega a ser una personalidad. Pero esto significa que yo no actúo únicamente con arreglo a lo que soy, sino que llego a ser lo que soy con arreglo a lo que hago”. Y enseguida en la página siguiente concluye: “Toda decisión es autodecisión, y la autodecisión es autoconfiguración. Mientras configuro el destino, configuro la persona que soy, el carácter que tengo, y se configura la personalidad que llego a ser” (Bazzi y Fizzotti, 1989).

Hay que escoger una situación específica para hacer la introspección socrática. Esta circunstancia puede ser favorable por ejemplo, cuando se recibe un reconocimiento o desfavorable por ejemplo, cuando se reacciona con grosería ante una sugerencia. Asimismo, puede presentarse dicha situación con respecto a eventos del pasado, presente o futuro. En este orden, se puede realizar una introspección teniendo como situación, ya sea una imprudencia cometida ayer, una frase impertinente que se acaba de expresar, sobre lo duro que se puede ser con alguien cuando se le encuentre en el camino la próxima semana. Igualmente, se puede aplicar esta metodología, entre otras, cuando se tiene un conflicto de valores o hay sufrimiento por un percance ocurrido. Cabe insistir, que el eje de Arquímedes que se está asumiendo en estos ejemplos, es la conciencia, en el sentido de tener la característica de enriquecerse cuando ésta toma la posición de ella misma, es decir, cuando se presenta la autoconciencia existencialmente hablando.

Después de ubicar una situación específica para trabajar este tipo introspección, el segundo paso que se contempla en esta estrategia, es el desarrollo de una secuencia de autopreguntas y autorespuestas con respecto a la situación escogida de antemano. La secuencia en mención, se puede considerar como la esencia misma de la introspección socrática. Como se ha señalado anteriormente, es importante sobre todo en sus comienzos tener a un otro externo que le permita monitorear el proceso en términos de una guía. Es importante decir que en ningún caso alguien debe pasar del rol de monitor al de psicoterapeuta, si no tiene la formación para esto.

Después de un tiempo que varía por las diferencias individuales entre 2 a 3 horas y 6 a 8 horas de entrenamiento o guía con otro que está afuera de la persona se puede empezar a observar los efectos de esta práctica, en términos de la fluidez y abundancia de contenidos relacionados con las autopreguntas y autorespuestas. En este entrenamiento o guía, se le hace ver a la persona que no piense mucho sus respuestas, se le enfatiza que sea sincero durante el proceso socrático, se le subraya que todas sus

respuestas serán válidas y que trate sobre todo en los comienzos de su aprendizaje de ser breve en sus respuestas. Igualmente, se le insiste que debe hacer las cosas como si fuera realmente una conversación consigo mismo en términos de estar pendiente al formular sus preguntas y escucharse creíblemente las respuestas como también, que tenga una actitud heurística es decir, de búsqueda, de indagación, de investigación incluso cuando se está preguntando y respondiendo. Así mismo, es importante con alguna frecuencia auto preguntarse si está sintiendo lo que dice, es decir, si está percibiendo que se es veraz en cada momento de la secuencia socrática que se está construyendo.

Poco a poco se puede ir aconsejando a la persona para que empiece a hacer solo en casa pequeños ejercicios sobre esta parte de las auto preguntas y auto respuestas por ejemplo, un mínimo 1 o 2 secuencias socráticas diarias de 5 minutos cada una. Esto tiene la ventaja de permitir que el paciente tenga en su cotidianidad una herramienta concreta para trabajar por él mismo, aunque no esté presente el terapeuta (o el guía que está orientando el proceso), en otras palabras, cuando la persona se retira del consultorio la terapia no queda “paralizada”, sino que tiene una acción continua a través de la conciencia de éste. Igualmente, esta situación de realizar diálogos consigo mismo permite a la persona ganar seguridad y autonomía en la apropiación de esta estrategia, como también y sobre todo abrir un espacio existencial de auto comprensión. En el texto “La presencia ignorada de Dios” (Frankl, 1994, pág.58) Frankl hace alusión a estos momentos especiales de tener a un compañero que es uno mismo, cuando dice: “...sólo podré ser siervo de mi conciencia si, al entenderme a mismo, entiendo esta última como un fenómeno que trasciende mi mero ser hombre, y por tanto, si me comprendo a mí mismo, comprendo mi existencia, a partir de la trascendencia. Así pues, no he de concebir el fenómeno de la conciencia simplemente en su facticidad psicológica, sino en su trascendentalidad esencial; sólo puedo por tanto ser siervo de mi conciencia cuando el intercambio con ésta es un auténtico diálogo, por consiguiente más que un mero monólogo, cuando mi conciencia es algo más que mi propio yo, cuando es portavoz de algo distinto de mí mismo”.

Es de gran ayuda ya sea durante el entrenamiento o la práctica cotidiana escribir o grabar una parte o toda la secuencia de auto preguntas y auto respuestas; ya que, por un lado, esto permite hacer un seguimiento más cuidadoso de quien está guiando la introspección, como también de la persona misma que la hace; y por otro lado, con esto se maneja el olvido de contenidos los cuales son tan negativo dentro del seguimiento de los ejercicios socráticos. Existen varios casos en los cuales el individuo al revisar su escrito estando solo o dentro de la terapia, por ejemplo 8 días después de haberlo realizado se pregunta, ¿eso yo lo escribí? Lo anterior se da como señal de asombro por las cuestiones ahí consignadas las cuales no se le encuentra sentido en ese momento por no recordar el paciente que él mismo las ha escrito. Hay ocasiones incluso en las que la persona ha enfatizado: “esto parece que yo no lo he escrito”.

Un tercer aspecto dentro de la metodología de la introspección socrática, se desprende de la secuencia anteriormente tratada. En efecto, después de realizar el proceso heurístico de preguntas y respuestas, se espera que la persona, tarde o temprano, encuentre una conclusión ya sea parcial o total respecto a la vivencia y sentido particular que estaba indagando. Esta vivencia se caracteriza por ser un punto de llegada a una nueva información particular al nivel de su conciencia que se espera tenga algún sentido con respecto al esquema existencial de la persona. Desde luego esta conclusión es siempre provisional, ya que se está planteando un proceso que tiene la propiedad de la permanente construcción hacia la realización del ser en el sentido socrático y frankliano. Por este hecho una conclusión siempre sirve de situación o pretexto

particular para iniciar otra introspección. Se puede decir, pues, que la conclusión se puede descubrir posibilidades de sentido (Bazzi y Fizzotti, 1989).

Una cuestión sumamente importante para que este tipo de actividad se pueda llevar hacia adentro de la persona, es que la conclusión lograda y los otros aspectos de este proceso socrático se caracterizan por una alta honestidad, como también por la claridad, precisión, pertinencia y profundidad estudiadas por Paul (1996). Al tenerse en cuenta estos tópicos, se pueden observar en las personas pequeñas ganancias en los estados de conciencia, las cuales poco a poco se pueden ir ampliando en la medida en que ésta desarrolla con disciplina, honestidad e interés la introspección socrática. El reconocer la necesidad de buscar ayuda profesional en un momento de crisis, puede ser un buen ejemplo de esta ganancia. Si el psicoterapeuta organiza este asunto socrático de manera sistemática y con adecuada empatía a efectos de que esta metodología incurra al estilo de vida de la persona y no asuma ella estos ejercicios como una carga y mucho menos se considerarán como tareas que cumplir se pueden observar unos cambios cualitativos importantes en el modo de ser de los individuos. Es muy variado esto por las diferencias particulares de los seres humanos, pero este tipo de enriquecimiento en la conciencia, se pueden empezar a percibir entre 1 a 6 meses, con una práctica introspectiva de unos 10 a 15 minutos diarios en promedio, ya sea este tiempo continuo o fraccionado.

Si la conclusión está en el sentir de la persona, es decir, si ésta la considera auténtica y profundamente formativa existencialmente hablando, entonces se está preparando para un cuarto y último aspecto de esta metodología socrática, cual es la acción. En efecto, muchos individuos dentro de este proceso llegan a establecer alguna conclusión, pero no se atreven a realizar algún comportamiento consecuente con la conclusión. La realización de lo concluido generalmente está en proporción al grado de conciencia que se ha logrado en los ejercicios, es decir, a mayor autenticidad en la conclusión será mayor el compromiso de realizar la acción implicada. Por lo general esto se puede visualizar a través de dos comportamientos concretos en el paciente: la comprensión y el perdón. Como se ha mencionado en otros textos del autor de esta ponencia y que están disponibles en la revista electrónica "Discernimiento" del programa de psicología de la Universidad del Norte, la introspección socrática hay que concebirla como un proceso de permanente búsqueda del desarrollo de lo humano, entendido éste en el sentido existencial-espiritual. Así, es importante destacar que en este proceso una persona puede perdonar en una ocasión determinada, pero no necesariamente en otra, aun cuando la situación sea parecida. Lo anterior no implica que algo irregular esté pasando en su conciencia, pues el asunto no es permanecer siempre de pie, sino levantarse al caer y encontrar sentido a través de ésta. En todo lo anterior lo que interesa es que el perdón sea realmente sentido y no sólo pensado. Por esto último, se puede afirmar que se puede ganar conciencia aun cuando no se presente dentro del proceso socrático una acción relacionada con la conclusión. También se pueden dar situaciones en las cuales se ha enriquecido la conciencia, pero en un orden estrictamente racional y, por tanto, no aparece tampoco la acción ni el sentido. Esto último sucede cuando la persona alude a argumentos o a razones constantemente, en términos del pensamiento y no de su sentir. Si la persona es honesta en su sentir tiene altas probabilidades de descubrir muchas trampas que su mente le ha planteando a través de los ejercicios. La racionalidad puede ser uno de estos obstáculos.

Una condición que puede propiciar la realización de este tipo de introspección, es disponer de una característica que se puede llamar atención flotante, es decir, una conciencia vigilante, pero no obsesiva, sobre los distintos eventos que le ocurren a la persona en su vida cotidiana. Esto es importante tenerlo en cuenta, pues en algunos

pacientes con características altamente obsesivas, es preferible no utilizar la introspección socrática, pues estos casos es más probable que la estrategia se convierta en un problema y no una solución formativa.

Una característica que se ha observado en las personas que llevan algún tiempo practicando la introspección socrática, es que manifiestan en ocasiones recibir respuestas sin que se hayan realizado autopreguntas; es decir, el individuo va a formularse una pregunta y en el instante en el cual va a hacerla, se evoca la respuesta a esa pregunta específica aún sin haberla hecho. Del mismo modo, hay algunas ocasiones más excepcionales en las cuales se evocan preguntas y respuestas de manera espontánea.

Para facilitar la ubicación de situaciones pretextos para introspectar y encontrar sentido a través de ellas, se sugiere tener en cuenta unas áreas de trabajo logoterapéutico que han mostrado ser muy útiles. Es difícil encontrar comportamientos que una persona quisiera modificar y que no estén incluidas en dichas áreas, entre otras, la ira, el ego, la avaricia, el apego. Todo ser humano, en mayor o menor grado, tiene estas pasiones y es importante ser conscientes y encontrar sentido a partir de ellas.

Puede destacarse, igualmente, que la introspección socrática puede ayudar a las personas a “angular” su vida desde perspectivas que pudieran ser de mayor conciencia y matices diferentes a las que hasta ahora se hayan tenido. En este sentido, uno de los mayores beneficios que se han observado está en el hecho de a partir de esta “angulación” a la apertura de sentidos establecer opciones variadas frente a las situaciones problemáticas que se estén viviendo. Así, se ha visto siendo esto también reportado por la psicología clínica en general que las personas con conflictos usualmente interpretan las situaciones a través de una sola opción, la cual casi siempre no es la adecuada. Por ejemplo, si un individuo le dice a una mujer quien tiene conflictos psicológicos que su vestido le queda muy bonito, esta última puede decirle a aquel que se deje de burlar y que respete, pues ha tenido como única opción de interpretación la ironía y no el halago. Este asunto normalmente se autoindaga con la pregunta, ¿de qué otra manera puedo entender lo que está pasando? Así, entre más opciones se pueda encontrar mayores posibilidades habrá de interpretar lo que está ocurriendo.

Beneficios adicionales que se pueden destacar cuando se utiliza este tipo de introspección, se refieren a que generalmente las personas están en mejor condición de tener conciencia respecto a las implicaciones o consecuencias de las cosas que hacen; como también, ubican más fácilmente la información que requieren para tomar decisiones, son más claros para determinar propósitos, precisan si se está partiendo de supuestos o de hechos al referirse a alguna situación, entre otros. Todo esto se presenta por la modulación que puede ejercer la conciencia en el comportamiento de las personas y la posibilidad de, a través del encuentro con el sentido, desarrollar la existencialidad con mayor libertad y responsabilidad.

La introspección socrática se puede diferenciar de la reflexión y de la retrospección, específicamente por la secuencia heurística de preguntas y respuestas que le es propia y que conducen a la búsqueda de sentidos. Igualmente, se diferencia de la metacognición por tratarse la introspección de un estado con tendencia más a lo prelógico o al sentir, como se le ha llamado en los artículos en la revista Discernimiento que antes se anunció que a la racionalidad autoreferenciada. Vale la pena aclarar que todo proceso de introspección socrática necesariamente comienza siendo racional y algo mecánico, pero poco a poco y basados en el interés por parte del paciente por ésta puede llegar a ser bastante prelógica y espontánea, tal como se mencionó respecto a las evocaciones no intencionales. Así, entre más racional sea este asunto menos

posibilidades habrá para encontrar sentidos. Debe entenderse la condición prelógica en la misma línea de Frankl, cuando en “La presencia ignorada de Dios” (Frankl, 1994, pág. 34) refiriéndose al fondo inconsciente donde se origina la conciencia, comenta:” en este sentido la conciencia ha de ser también calificada de irracional; es alógica o, mejor, prelógica”. Vale la pena reiterar que cuando se hace referencia al sentir, se está haciendo alusión a esa condición prelógica y anticipatoria del ser humano (Bazzi y Fizzotti, 1989).

Por otro lado, es muy importante señalar que la práctica de la introspección socrática se caracteriza, como cualquier otra actividad humana, por ser susceptible al error, por la complejidad de aspecto que hay que considerar. Sin embargo, se puede indicar que entre más conciencia e interés se tenga por ésta actividad socrática, hay mayores posibilidades de encontrar sentidos y de obtener gratificaciones a través de ella. En todo caso, es mejor estar en un error haciendo introspección socrática o no que sin ella. En este orden, cabe mencionar que existen personas que no quieren aprender a conocerse a sí mismo y, por tanto, no son conscientes de la necesidad de ser consciente y ahí no hay forma que se den opciones para aprender del error y descubrir sentidos. Así, Frankl en el texto “Psicoanálisis y existencialismo” (Frankl, 1967, pág. 28) refiriéndose a los sesgos que pueden presentarse en la evocación de valores por las influencias biológicas, sociológicas y psicológicas en las personas, citando a Wälder expresa:” todas estas condicionalidades constituyen precisamente la fuente de errores de la que pueden brotar, evidentemente, determinadas parcialidades o exageraciones, pero nunca el contenido esencial (y) la realización espiritual. Sobre esto mismo, en “La presencia ignorada de Dios” (Frankl, 1994, pág. 104) dice Frankl que “la conciencia puede también inducir al hombre a error. Más aun, hasta el último instante, hasta su último suspiro, el hombre no sabe si realmente ha realizado el sentido de su vida o si por el contrario ha sido víctima de un engaño”.

Los anteriores parecen mostrar lo útil que es la introspección socrática para afrontar las situaciones propias del análisis existencial y la logoterapia y, en general, de la psicología clínica. Sin embargo, falta muchísimo camino aún que recorrer, pues sería importante llevar a cabo un plan de investigación más sistemático y profundo, que incluya más casuística, como también diseños de tipo cuantitativo que puedan aportar más información sobre los alcances y limitaciones de esta metodología socrática (Bazzi y Fizzotti, 1989).

2.8 HUMILDAD ONTOLÓGICA Y LA MUERTE (EL *ETHOS* DE LA MUERTE)

La idea directriz de este apartado es trazar las coordenadas de una visión positiva de la muerte. Para ello se parte de un análisis llamada "humildad ontológica" del hombre y la muerte. No se trata de la humildad moral por no ser voluntaria. Tiene dos dimensiones: una material y otra cultural. En ella se recogen las ataduras del ser humano al mundo material y al mundo de las culturas. Esas ataduras determinan el ethos o forma de sentir la muerte cada persona. Se describe la pluridimensionalidad de la muerte desde tres paradigmas: muerte natural-muerte enculturizada, muerte natural-muerte personal y muerte natural-muerte sobrenatural, propios de la cultura occidental.

Analiza la dialéctica vida-muerte y termina intentando hacer ver por qué el hombre no sólo tiene ansiedad ante la muerte, sino que la desea profundamente (Davies, 1996).

Antes de entrar en el desarrollo del tema se clarifican las palabras "humildad" y "ontológico". "Humildad" parece clara a primera vista, pero al ser calificada como "ontológica" puede crear duda. "Muerte" es el tema a analizar e interpretar precisamente a partir de la humildad ontológica. Ordinariamente la humildad se entiende como virtud moral, como una actitud de toma de conciencia y reconocimiento de las propias limitaciones. Aquí se trata de lo que es objeto de ese reconocimiento: de las limitaciones, que a la vez son religaciones y que son parte del ser mismo del hombre. Porque forman parte de su ser más esencial se llaman "ontológicas" (Davies, 1996).

Estas limitaciones se toman en un sentido positivo: no como fronteras de su ser, sino más bien como ataduras, como religaciones, que por ser tales imponen limitaciones. Como tales religaciones constituyen la condición de posibilidad de la humildad como virtud moral. La muerte es constitutiva de esa humildad ontológica. Aceptarla con un sentido positivo forma parte de la humildad moral. Para aceptarla, previamente hay que darle un sentido, hay que interpretarla. Y no sólo interpretarla teóricamente. Hace falta hacerlo de forma práctica y afectiva. Siempre hubo y sigue habiendo muchas formas de interpretar la muerte. Algunas la ven como algo negativo, que no debiera darse y que, si se da, es por causa de una culpa. Tal es el caso, por ejemplo, de las religiones bíblicas. Otras le dan un sentido positivo tomándola como una liberación del alma o del espíritu con relación al cuerpo y a la materia. Esa es, por ejemplo, la doctrina de los tracios, del orfismo, del maniqueísmo, del platonismo, etc. Otras le dan un sentido de mero tránsito a otra existencia ya sea en un Más Allá sin retorno ya sea en una nueva reencarnación en la Tierra; el hinduismo, el budismo y otras muchas tradiciones predicar esa creencia. Aquí se da un sentido integral al fenómeno de la muerte a partir de un análisis de la humildad ontológica que afecta al hombre como un todo. Se intenta así aclarar los motivos de la ansiedad ante la muerte y si verdaderamente se desea morir o no. Y es que, si es verdad que se teme morir, no es menos verdad que nos aterra pensar en una eterna vejez o en un eterno círculo de reencarnaciones. Se teme a la muerte, pero a la vez la se desea (Pienda, 1982).

Hombre, "hijo de la tierra": Aunque pueda parecer un tanto académico empezar recurriendo a las etimologías de las palabras, en este caso resulta especialmente clarificador. La humildad ontológica puede ser tratada con relación a cualquier cosa. En este caso se limita al caso del ser humano. Para ello ya nos ofrece datos muy determinantes la etimología de la palabra "hombre" (Pienda, 1982). "Hombre" viene del latín homo. Este término latino se deriva de otro indoeuropeo cuyo significado es "tierra". "Hombre" en el sentido genérico de "ser humano" significa "hijo de la tierra" o "terrestre". En este sentido el hombre se opone a los dioses, que son "hijos del cielo" o celestes. Designa al hombre tanto como varón (vir) como en cuanto mujer (mulier). Esta filiación terrestre conlleva la nota de la mortalidad. El hombre es el ser mortal por naturaleza en oposición a los dioses inmortales. Tanto en la epopeya de Guilgamesh como en la tradición griega se resalta como dogma fundamental este distintivo del ser humano. Directamente relacionado con el término homo está el también término latino humus. Este significa "tierra" indicando la parte baja o suelo. Inhumar es enterrar. De ahí se deriva humilis, "humilde" o el que permanece en tierra, el que no se eleva sobre la tierra, el que se inclina hacia el suelo. Según Ernout y Meillet (1985), homo se deriva directamente de humus, "tierra", y humilis (humilde) expresa esa filiación terrestre. Según esto, la humildad es un rasgo esencial de la humanidad, un rasgo ontológico. El hombre es ontológicamente humilde en cuanto está esencialmente religado a la Tierra y, a través de ella, a toda la materia. Tan hijo es de la Tierra que fuera de ella no puede

vivir a no ser que lleve consigo los elementos terrestres más básicos para sobrevivir. Es más, no parece posible que pueda algún día salirse del sistema solar. Está condenado a observar el Universo desde esta pequeña burbuja, que es la Tierra. Ella forma parte inalienable de su punto de vista. El divulgador científico Jorge Alcalde dice a propósito del próximo viaje a Marte que se proyecta: Quién sabe si ese gran paso se dará algún día. Quizás entonces sobreviva gente que recuerde el momento en que Amstrong pisó la Luna. Sólo entonces la hazaña del 20 de Julio de 1969 habría sido definitivamente destronada. Y será el fin de la carrera a otros mundos, porque los científicos saben que, muy probablemente, el ser humano no sea capaz de ir nunca más allá (Elorduy, 1972).

Se encuentra, pues, ante una humildad que es anterior a toda actitud moral del hombre. Es una forma innata de ser, algo que pertenece a la constitución humana antes de toda enculturación y de toda decisión libre por su parte. El hombre no se hace humilde, nace humilde. Como hijo de la tierra mantiene una conexión permanente con ella para poder existir como hombre. Esa conexión es un cordón umbilical que no se rompe a lo largo de toda la existencia. Su ruptura significa la muerte. El cuerpo humano está abierto al resto del mundo material a través de la tierra de la que nace. Esa apertura no está vacía. Está cargada de muchos tipos de religaciones o ataduras. No sólo se trata de ataduras de orden metafísico, sino también de otras muchas de orden más empírico, cuya observación se puede hacer con sólo tomar conciencia de lo que cotidianamente sucede alrededor. Se nace y se vive atados a unas circunstancias muy concretas (Elorduy, 1972).

Se sobrevive en un permanente equilibrio de intercambio y adaptación con el medio material que se rodea. No se puede existir sin estar constantemente pendientes de satisfacer las necesidades básicas en ese medio material. Se quiera o no son "humildes", dependientes de eso "otro" que ordinariamente no se considera que forma parte del ser. Esta es una humildad que no admite "soberbia". La soberbia podría resultar mortal de necesidad. El hombre no sólo es hijo de la Tierra con mayúscula. También es hijo de su pequeña tierra, de la tierra chica. Como persona concreta es hijo de una parte concreta de la Tierra. Cada uno es hijo de sus padres. Nace en un pueblo, un país, un clima. Esas circunstancias concretas forman parte de su cuerpo: de su sangre, de sus huesos, de su cerebro, de todos y cada uno de sus sentidos. Por tanto, forman parte de su forma de sentir y de pensar. Ellos son hijos de un hogar, de una pequeña patria (Pienda, 1982).

Cuando se nace trae consigo todas esas raíces materiales. El ombligo le recuerda permanentemente ese origen. Al nacer el cordón umbilical se rompe sólo en parte. El es tal vez el mejor símbolo de la humildad material. La herencia genética se liga a los antepasados en lo bueno y en lo no deseable. Se hereda formas biológicas de ser, se hereda cualidades que se consideran positivas y también enfermedades. Si el hombre es "espíritu-en-el-mundo" (Geist-in-Welt), como dice K. Rahner, si es "existir-en-el-mundo" (In-der-Welt-Sein), como dice Heidegger, o si es "el y sus circunstancias", como dicen Ortega y Gasset, en ese "en-el-mundo" y entre esas circunstancias están todas esas religaciones materiales que se han apuntado (Elorduy, 1972).

Esta humildad material determina en gran medida las creaciones culturales. Entre esas creaciones están las interpretaciones de la vida y de la muerte, están las religiones, las distintas visiones del mundo, etc. En cada una de ellas el hombre se sitúa a sí mismo en la Tierra y en el Universo de forma diferente. Interpreta y valora de distinta manera cuál es su situación entre el resto de las cosas. Esa situación no es igual para un maya, un esquimal o un pigmeo, para un pastor de alta montaña y para un marinero. La humildad terrestre de cada población determina en gran medida su visión del mundo, de la vida y de la muerte. No es lo mismo sentir la vida y la muerte en los hielos del norte y en las ardientes arenas del desierto africano (Pienda, 1982).

Humildad cosmológica: La humildad terrestre no es más que la dimensión más inmediata a la humildad material. Poderosas tradiciones como las abrahámicas están puestas en entredicho desde que el geocentrismo y el heliocentrismo han sido descartados por los nuevos descubrimientos cosmológicos. El gran mito bíblico de la dominación de la naturaleza por parte del hombre tiene hoy grandes dificultades para seguir manteniendo su fuerza. Este mito atribuye al hombre el poder de poner nombre a todas y cada una de las criaturas. Poner nombre equivale a tener previamente conocimiento del ser de las cosas y tener poder sobre ellas. Este mito da por supuesto que la tierra es el centro del universo y que el hombre es el ser central de la tierra, llamado a ser su dueño y señor. La naturaleza sólo es para él un medio, un instrumento de su existencia, un objeto de su dominio y manipulación. Todas las criaturas existen en función del hombre. Este tiene la misión de dominarlas y ponerlas a su servicio. El es la única criatura que ha sido hecha "a imagen y semejanza" del Creador (Davies, 1996).

La tradición griega refuerza este mito al enseñar que el hombre es el único "animal racional". Los demás animales son sólo eso: "animales" algo esencialmente inferior y que no tiene por sí mismo razón de ser. El hombre se sirve de ellos a su antojo, no sólo para sobrevivir comiéndolos, sino también para divertirse cazándolos sin importarle sus sufrimientos. Sin embargo, la Astronomía actual ha comprobado que la Tierra, el Sol son sólo una pequeña parte, incluso marginal, de una gigantesca galaxia llamada Vía Láctea. No tienen nada de central. Es más, la misma Vía Láctea es sólo una gota de agua en un inmenso universo de racimos de galaxias. No se sabe aún si en ese infinito universo existen otros seres con inteligencia similar a la nuestra. Pero pensar que todo él existe sólo en función de nosotros parece una megalomanía. Vía Láctea, Sol y Tierra son sin duda de vital importancia para la existencia del hombre. Sin embargo, en el esquema del global del Universo tal como hoy se conoce son bastante insignificantes y nada excepcionales. Esto contradice la soberbia del antropocentrismo bíblico y tradicional de Occidente (Pozo, 1968).

Este antropocentrismo ha tenido una de sus expresiones teológicas más coherentes en la teoría rahneriana de la "consumación" (Vollendung) del mundo material en la existencia escatológica del ser humano después de la muerte. Es como si el hombre llevase consigo a toda la materia del Universo a formar parte de su vida eterna. Este antropocentrismo escatológico no parece muy acorde con nuestra humildad cosmológica. Los hijos de este Universo, pero probablemente no sean los únicos. No se puede tener ninguna certeza de que sean sus unigénitos. Se puede seguir creyendo que lo son, pero, cuanto más se avanza en su conocimiento, más insignificantes se parecen. ¿No sería más razonable pensar que sólo es una posibilidad realizada de ser inteligente entre las infinitas posibilidades que puede tener este universo y de las que muchas también pueden estar realizadas? Si sólo fuera una entre tantas posibilidades, el sentido de nacer, de existir y morir, cambia radicalmente. Si no son los únicos, aunque sean únicos en la forma de ser y existir, el sentido y valor de las religiones también quedan bajo sospecha. El pretendido valor universal que algunas se atribuyen se aproxima al ridículo. Son hijos de la familia, del pueblo y del tiempo. Desde la pequeña tierra son hijos de la gran tierra. Desde ésta son hijos del Sol, de la estrella, la que cada día brilla y les da vida. La que marca las fechas del nacimiento y de la muerte. La que decide cuántos años tienen en cada momento de la existencia. Desde la gran tierra y su estrella son hijos de este Universo que se conoce. Ese desde expresa la humildad material en distintos niveles; la religación y atadura y a la vez la red de venas que se dan alimento y vida. Son materiales porque son hijos de la materia. La palabra "materia" conserva en su raíz ese significado maternal. Mater y materia tiene algo importante en común (Pozo, 1968).

La materia se hace carne en cada uno de ellos. Se hace carne cuando se engendran, cuando se desarrollan en el vientre de la madre. Se hace carne cuando se alimentan y en la medida en que el cuerpo con su sensibilidad se va adaptando al medio en que se viven. Con toda propiedad se puede hablar de encarnación de la materia en los cuerpos. Esta encarnación tiene un carácter muy peculiar. La materia no se hace carne de una vez por todas en el cuerpo. Se trata de una encarnación fluyente, de un proceso de encarnación y des-encarnación continua que dura toda nuestra existencia en este mundo. Por otra parte, la materia se hace carne del cuerpo sólo por un tiempo. Viene y va. Sólo se mantiene la que constituye el sistema nervioso. Hoy se sabe por la biología que la materia que constituye el cuerpo de un joven, por ejemplo, a los veinte años ha desaparecido casi completamente de ese cuerpo a los treinta. La masa material de del cuerpo se renueva constantemente. Millones de células mueren a diario mientras otras se generan. Vida y muerte conviven permanentemente en cada uno de ellos. Desde el punto de vista material, vivir es una actividad continua de asimilación y expulsión de materia. Se trata, por tanto, de una encarnación en movimiento constante. Se puede decir que la materia pasa por cada uno de ellos. En ellos se hace amor y se hace odio. Se hace vista y gusto, olfato, tacto y oído. En una palabra, se hace sensibilidad particular de cada uno. Se hace música, se hace palabra, se hace dolor y felicidad. Se espiritualiza y por un tiempo deja de ser materia común y toma en ellos un nombre propio (Höbel y Weaver, 1985).

En el cuerpo ejerce toda clase de funciones hasta que va siendo sustituida por otra nueva. Es como si se viviera de materia prestada por un cierto tiempo. Esto tiene importantes consecuencias. La materia que ahora mismo constituye el cuerpo formó antes parte de otros seres vivos, incluso parte de otros cuerpos humanos, de otras sensibilidades corporales. No son dueños en exclusiva de ella. Sólo la poseen por un tiempo limitado. Luego pasa a otros seres vivos o simplemente se queda a la espera de nuevas oportunidades de encarnarse o se quedará indefinidamente en el mundo inorgánico. De esta manera, una misma materia puede llegar a formar parte de personas con credos muy diferentes, con ideologías totalmente opuestas. ¿Qué diría un comunista si se comprobara que una buena parte de la materia que constituye su cuerpo formó parte del cuerpo de un nazi o de un fascista? ¿Qué pensaría un fanático judío si le sucediera lo mismo con relación a un palestino o viceversa? La materia que es se comparte. Y no sólo con otros seres humanos. Se comparte también con otras formas de vida que existen sobre la tierra. Se comparte con aquellas que se utiliza para el alimento y también con aquellas que resultan repugnantes o despreciables debido a los prejuicios culturales (Höbel y Weaver, 1985).

Por otra parte, el cuerpo es como un superorganismo en el que viven y comparten materia millones de pequeños organismos. Sobre la piel, por ejemplo, viven millones de ácaros. En cuanto se muere, el cuerpo se disuelve en miles de nuevas formas de vida que consumen su última porción de materia. Es un conglomerado de seres vivos. Unos constituye el organismo y otros viven de él.

Un núcleo personal se mantiene idéntico a lo largo de toda la existencia. Ese núcleo tiene una dimensión luminosa que se llama conciencia, alma, espíritu. Ella ilumina sólo una pequeña parte de ese complejísimo proceso de encarnación fluyente de la materia en cada uno. En ese proceso hay infinitas transformaciones vitales que escapan a la conciencia y a su control a pesar de los grandes avances de la biología y de la medicina. El cuerpo asimila y expulsa materia mientras se trabaja, mientras se duerme, mientras se divierte, etc. sin que tenga que estar pendientes de estos procesos. Sólo se dan algunas ordenes tipo global: orden de comer, de pasear, de abrigarse, etc., mientras a

nivel celular tienen lugar millones de actividades que se realizan sin contar con la voluntad (Höbel y Weaver, 1985).

La inmortalidad es un viejo sueño de la humanidad. Ya se revela en los documentos más antiguos que se conservan. Gilgamesh la buscó desesperadamente en su largo y dificultoso viaje en busca del inmortal Utnapishtin. Buscaba cómo conseguir la inmortalidad; no le importaba los sacrificios que tuviera que soportar. Cuando llega a Utnapishtin éste le recuerda su condición de mortal. En el pensamiento griego fue un dogma fundamental la distinción entre los dioses inmortales y los hombres mortales. El oráculo de Delfos recoge entre sus mensajes fundamentales el de "conócete a ti mismo", como recordatorio del carácter mortal del hombre. Conócete a ti mismo, es decir, no olvides tu condición de mortal, no quieras ser como los dioses (Pozo, 1968):

Pero, si esas tradiciones le recuerdan al hombre su condición de mortal, era precisamente porque en él tendía a crecer un fuerte deseo de inmortalidad. El culto a los muertos desde los tiempos más antiguos de la humanidad así lo atestigua. La historia de la medicina es una historia de esfuerzos por retrasar la muerte. Eliminar la muerte es una utopía que, aunque a todas luces se revela imposible, no deja de estar presente entre los sueños de la medicina científica. Pero si la inmortalidad del cuerpo se revela imposible, queda la esperanza de que al menos esa conciencia que lo anima e ilumina tenga mejor suerte. El hombre pide entonces inmortalidad para el alma. Un deseo profundo de sobrevivir a la muerte aflora en las culturas y religiones que ha desarrollado. Esa inmortalidad soñada escapa a todo tipo de control empírico. Ahí sólo cabe la interpretación más o menos razonada. Es fundamentalmente una creencia. No puede ser otra cosa (Pozo, 1968).

Hay muchas formas de concebir esa inmortalidad. Todas ellas están estrechamente ligadas a la manera de interpretar el Gran Tiempo. Abundan las concepciones dualistas del hombre. Lo ven como un compuesto de alma y cuerpo. Estos se unen al nacer, conviven durante la existencia y se separan al morir. Unos ven esta separación como una liberación definitiva de manera que el alma ya no volverá a vivir en un cuerpo. Otros la ven como una separación sólo temporal. Después de un tiempo el alma retorna a un nuevo cuerpo (reencarnación), a una nueva existencia. Esto puede repetirse muchas veces. Estas reencarnaciones no son deseadas. Más bien se consideran un castigo. El deseo más profundo es alcanzar la liberación definitiva de toda encarnación y acceder a una existencia no corporal y sin retorno. Tal es, por ejemplo, la creencia dominante en las tradiciones hinduistas (Elíade, 1987).

En otras tradiciones, como las antiguas de Irán, heredadas en gran parte por judíos, cristianos y musulmanes, la muerte es la ruptura definitiva con el cuerpo individual, aunque no con el mundo material. La creencia en la resurrección de la carne es fundamental. El alma volverá a tener un cuerpo individual no corruptible. En esta utopía escatológica se cumple plenamente el viejo sueño de una inmortalidad a la vez corporal y espiritual, de carácter individual. Hay otras versiones para esa inmortalidad. Los estoicos, por ejemplo, no sueñan con una inmortalidad personal después de la muerte. Su dogma de la conflagración universal periódica les impide tal creencia. El alma humana es sólo una individualización temporal del Alma Universal o Logos divino. Según algunos estoicos, con la muerte ya se difumina el alma de los necios; la de los sabios sobrevive hasta el momento de la conflagración total en la que toda forma individual de existencia se funde en el Todo. No se trata, sin embargo, de una desaparición total. El alma (lógos individual) es como una gota de agua que se separa del manantial cuando nace y retorna a él cuando muere. No desaparece en cuanto es agua sino en cuanto es tal gota individual (Elíade, 1987).

Desde esta perspectiva de la humildad ontológica la muerte adquiere un sentido ya apuntado en algunas tradiciones como el tantrismo tibetano. Durante la existencia terrena el espíritu vive animando toda esa materia que pasa por cada uno; la materia se hace cuerpo individual, participa en sus funciones vitales y de nuevo retorna al humus común sobre y del que se vive. De esta manera, la función animante del espíritu va mucho allá del cuerpo personal. La piel del cuerpo sólo delimita la dimensión individual del mismo. Más allá de esa piel se extiende una dimensión ultraindividual, de alcance cósmico. El cuerpo es un sistema abierto al resto del mundo material. La función animante del espíritu tampoco termina en la piel del cuerpo. De hecho ya vive en relación animante con esa dimensión cósmica del mismo (Davies, 1996).

Además, es un hecho evidente el que cada persona es a la vez un centro de gravedad social y un centro de difusión de vida y energía. La vida personal se proyecta en el entorno. Se proyecta en todos aquellos que entran en relación con ella, proyecta en todo aquello que se manipula. El espíritu anima las cosas que crea: un utensilio, una canción, una obra literaria. Anima aquello que ama y también aquello que odia. Su función animante tiene también una dimensión social. Morir es mucho más que dejar de animar un cuerpo individual. Cuando una persona muere, su muerte la padecen todas sus circunstancias: utensilios, habitación, casa, plantas, animales, vecinos, conocidos y, sobre todos, las personas que le eran más próximas por el afecto. Se rompen infinidad de relaciones que eran verdaderas religaciones. Mi muerte la muero y también la mueren mis circunstancias. En muchas tradiciones se entierra al difunto con sus utensilios preferidos, sus alimentos, sus insignias, sus vestidos, etc, como si en el Más Allá los fuese a utilizar. Formaron parte de su vida terrestre y la deben seguir formando en su vida ultraterrena (Elíade, 1987)

Durante la existencia terrena el espíritu animó materia mucho más allá del cuerpo individual. No es, entonces, un absurdo pensar que después de la muerte el espíritu, lejos de separarse de la materia, entra en una relación más profunda con ella sin estar sujeta a las limitaciones de un cuerpo personal. Al morir profundiza aquella relación pancósmica que ya tenía durante la existencia terrena a través de ese cuerpo. Morir no es separarse ni huir de la materia. Es más bien romper fronteras dentro de la misma materia. Mientras se existe en la tierra se puede trasladarse con las imaginaciones y velocidad del relámpago a los lugares más cercanos del universo. Es verdad que el viaje imaginario es dentro de unos mismos. ¿Pero no podría ser una anticipación de la libertad que el espíritu puede alcanzar después de morir? Dejar de estar atado a un cuerpo individual para poder moverse libremente en el mundo material (Elíade, 1987). La resurrección entendida como recuperación o reencarnación en el cuerpo individual abandonado no tiene sentido alguno. Y es que en realidad, mientras se siente en la Tierra, nunca se tuvo un cuerpo individual idéntico a sí mismo. Más bien son o fueron centro de un proceso constante de individuación y personalización de materia. La resurrección entendida como recuperación del cuerpo individual resulta imposible. ¿En qué momento de la existencia del cuerpo lo tomaría para resucitar? Por otra parte, en cualquier momento de su existencia dispone de una materia que ya formó parte de la existencia de otros cuerpos humanos, animales y plantas. Una misma materia fue animada por muchos espíritus humanos y muchas almas de otros seres vivos (Ortega y Gasset, 1964).

El tema de la resurrección fue uno de los más debatidos en los primeros siglos del Cristianismo. La fe en la resurrección está clara en los Evangelios. Pablo considera esa creencia como el fundamento clave de la fe cristiana. No sólo habrá resurrección de los justos. Habrá también resurrección universal previa al Juicio Universal y Final. De ese juicio se seguirá la salvación eterna para unos y la condenación eterna para otros.

San. Pablo, como fariseo que era, ya creía en la resurrección antes de convertirse a la fe cristiana. Se considera a sí mismo testigo de la resurrección de Cristo debido a su experiencia en el camino de Damasco. Pronto se planteó el problema de la relación entre nuestro cuerpo presente y el futuro cuerpo resucitado. La respuesta fue que son materialmente idénticos. El cuerpo resucitado es el mismo cuerpo mortal, pero transformado en cuerpo incorruptible e inmortal. Cristo retomó su cuerpo mortal del sepulcro haciéndolo glorioso e incorruptible. Él es el ejemplo para todos. Esta creencia cristiana en la resurrección provocaba sonrisas y burlas entre los paganos. Los intelectuales griegos Celso y Porfirio fueron de los más destacados críticos de esta doctrina cristiana. Consideraban la resurrección como algo imposible. Porfirio ponía esta objeción: Se suponga que un hombre perece en un naufragio. Su cuerpo es devorado por los peces. Estos son pescados y comidos por pescadores. Muertos los pescadores, los perros comen sus cuerpos. Cuando mueren los perros, las aves de rapiña se encargan de ellos. Pregunta: ¿Dónde se podrá encontrar para la resurrección el cuerpo del primer náufrago? Los cristianos respondieron diciendo que, si Dios tuvo poder para crear de la nada, con más razón tendrá poder para resucitar lo que creó. (Ortega y Gasset, 1964).

La resurrección carece de todo sentido en la visión platónica del mundo y en su concepción del hombre. El cuerpo se toma como una cárcel transitoria del alma. La muerte es una liberación del cuerpo y de todo el mundo de la materia. Resucitar sería volver a la cárcel indeseada. El platónico no aspira a resucitar. Sería para él un nuevo castigo. En el maniqueísmo la materia es esencialmente mala. El cuerpo es producto del Principio del Mal. La muerte significa escaparse definitivamente el alma de las garras de ese Principio del mal y de toda su creación que es el mundo de la materia y del cuerpo. Resucitar es también aquí un sinsentido, algo en absoluto deseado. El magisterio de la Iglesia Católica interpreta la muerte como la separación momentánea del alma y el cuerpo. La resurrección es la unión de nuevo de la misma alma con el mismo cuerpo. El cuerpo resucitado no sólo es específicamente el mismo, sino también numéricamente el mismo. Planteada así esta doctrina hoy plantea nuevos problemas, parecidos al que ya planteaba Porfirio. El cuerpo está en constante metabolismo y muda casi totalmente su materia cada unos siete años aproximadamente. La pregunta ahora es ¿con qué cuerpo vamos a resucitar: con el de 15 años, el de 30 o el de ochenta? También es científicamente cierto que las células del sistema nervioso no se renuevan, permanecen idénticas a lo largo de toda la vida. Gracias a ello es posible la memoria. Pero esta identidad que permanece no es suficiente para explicar la identidad material entre el cuerpo mortal y el resucitado (Pozo, 1968).

Vista la muerte como una profundización de la relación pancósmica del espíritu, muchos de esos problemas desaparecen. Después de morir no hay ningún cuerpo que recuperar. Ninguna materia en la que reencarnarse. La razón está clara: no hubo una ruptura con la materia al morir. No hubo des-encarnación. El espíritu nunca se separa de la materia. Él mismo es esencialmente material por el hecho de ser algo finito, aunque su materialidad no es toda su esencia. Por ser esencialmente finito y receptivo es esencialmente material. La misma apertura ilimitada hacia lo ilimitado, que constituye el espíritu humano lo hace a la vez espiritual y material. Tal es, en último término, el sentido de la expresión rahneriana "espíritu-en-el-mundo" (Geist in Welt) (Rahner, 1964).

En esta teoría la escatología intermedia, que tantas creaciones utópicas ha producido, tampoco tiene sitio. Todo se simplifica enormemente. El espíritu no anda vagando por purgatorios o por limbos hasta el momento de su resurrección. Los "viajes" después de la muerte pierden toda razón de ser. Pero adquiere valor aquella creencia de

los injustamente llamados "pueblos primitivos" de que el espíritu del difunto sigue existiendo en la tierra donde vivió, ligado a lo que fue su materia, sus circunstancias, sus seres queridos, sus creaciones culturales, etc. La "alta" y especulativa teología sobre un "Juicio Particular" al morir, sobre un tiempo en que el espíritu vive separado de la materia en espera de un "Juicio Final" y de la "Resurrección", etc. se queda vacío de contenido. En el momento de la muerte ya decide todo el Mas Allá sin más complicaciones (Rahner, 1964).

2.8.1 HUMILDAD CULTURAL Y LA MUERTE

No sólo el hombre es hijo de la tierra y de la pequeña tierra. Es también hijo de la cultura. Ella enseña desde que se nace cómo satisfacer las necesidades básicas para sobrevivir y también aquellas otras necesidades creadas por la misma cultura para vivir mejor. Enseña cómo satisfacer el hambre, la sed, cómo protegernos del frío y del calor, cómo defenderse de los enemigos, como expresar la religiosidad, como adquirir conocimientos etc. Cada cultura tiene sus propias formas de satisfacer esas necesidades. Cuando un hombre nace ya se encuentra con unas determinadas normas o pautas de cómo alimentarse, abrigarse, asociarse, defenderse, etc. El modo de satisfacer esas necesidades no es indiferente para el organismo ni tampoco para el espíritu. La sensibilidad de ese organismo está en dependencia directa de la manera de darles cumplimiento. No puede ser la misma la sensibilidad de un habitante de los hielos del Norte que la de otro de las zonas tropicales. Además, la cultura facilita una lengua materna, que no sólo sirve para comunicarse externamente con los demás. Ella se impone de manera insensible una determinada visión del mundo, una determinada forma de pensar. De esa manera introduce a cada niño que nace en la forma de pensar y sentir de su comunidad. Establece una comunicación interna, espiritual, entre su mente y la de su sociedad. Precisamente esa comunicación interna es la que hace posible la externa, mediante signos y símbolos de todo tipo (Davies, 1996).

Las pautas de conducta que la cultura enseña dependen a su vez del medio geofísico en que se nace y se vive. Cada población crea y transmite su cultura como un gran esfuerzo de adaptación a ese medio. No se crea cualquier cultura en cualquier sitio. Cada lugar demanda una cultura determinada. El hombre que vive en zonas calurosas jamás sentirá la necesidad de crear sistemas de calefacción. Tampoco el de los hielos desarrollará sistemas frigoríficos. Cada cultura está ligada al medio geográfico de la población que la desarrolla. En ese sentido es también humilde o hija de la tierra. La cultura no sólo busca satisfacer necesidades de sobrevivencia. También desarrolla medios para satisfacer necesidades artificiales, creadas por ella misma. Cubrir esas necesidades no es imprescindible para sobrevivir. Sin embargo, suelen ser las que absorben mayor esfuerzo, sobre todo cuando las fundamentales ya están cubiertas. Es más, la ideología o la visión del mundo de cada pueblo las puede convertir en básicas. Hubo muchas personas que han muerto y muchas que están dispuestas a morir no por obtener alimento, sino por sus ideas. Las huelgas de hambre, los mártires, los héroes, etc, son claros ejemplos de esa inversión de las necesidades humanas. Se convierte lo superfluo cultural en vital y lo vital en superfluo (Rahner, 1964).

La forma de satisfacer todas esas necesidades no se queda en un mero adorno del hombre enculturizado. La cultura también se hace carne en él. Es algo que penetra en lo más íntimo del organismo y del espíritu. Se podría decir que la dieta, tanto material

como espiritual, no es indiferente para la forma de sentir y pensar. Se piensa y se siente según se haya sido alimentado culturalmente. Si la cultura condiciona la manera de satisfacer todas las necesidades, eso que psicólogos y antropólogos llaman la personalidad es mucho menos la de lo que ordinariamente se piensa. El ethos, la forma de sentir, es en gran medida la forma de sentir de los padres, maestros, amigos, conocidos, etc. Es siempre un ethos que se extiende mucho más allá de cada uno. Es una forma de sentir que alarga sus raíces en el pueblo al que se pertenece, en su historia y su cultura. El hombre es en gran medida producto cultural de la educación recibida. En eso consiste la humildad cultural que afecta al ser más profundo y a toda la conducta. No se vive sólo como se quiere, sino como se han enseñado a vivir. Por eso mismo tampoco se muere de cualquier manera ni todos de la misma forma, sino como se han enseñado a morir (Rahner, 1964).

2.8.2 EL ETHOS DE LA MUERTE (FORMA DE SENTIR LA MUERTE)

¿Se puede realmente enseñar a morir? ¿Puede haber maestros de la muerte? Nadie puede morir la muerte de otro ni nadie puede morir y revivir a su antojo para mostrar a otro como se debe hacer. La muerte no admite ensayos. Sin embargo, se puede enseñar a morir y así se suele hacer. El hecho de la muerte como hecho fundamental de la vida nunca es indiferente para el compromiso educativo de las distintas tradiciones y culturas. A la muerte siempre se le da una interpretación y una valoración. Incluso quienes la consideran como un final radical de la persona, sólo hacen interpretarla y valorarla como tal. Cada religión, cada ideología, le da un determinado valor y sentido. La visión de la muerte depende muy directamente de la visión que se tenga del tiempo cósmico y humano. En una visión lineal del tiempo todo transcurre linealmente en un continuo avance hacia delante, sin que nada se repita. En esta visión del tiempo, que domina las tradiciones abrahámicas (Judaísmo, Cristianismo e Islam, la muerte adquiere gran importancia vital. Sólo sucede una vez. Es irrepetible. En ella el hombre da un paso hacia la eternidad. Ya sea hacia la eternidad de la nada personal como defienden los materialismos o sea hacia una eternidad personal. Para quienes creen en la eternidad de la persona, la muerte es especialmente trágica porque con ella el paso hacia la eternidad es ambivalente. Puede ser hacia un Paraíso eterno o hacia un Infierno eterno (Pozo, 1968).

La creencia en el paraíso y el infierno es decisiva en la forma de ver y sentir la muerte. Por otra parte, hay quienes creen que con la muerte termina toda forma de existencia personal. Unos como los materialistas marxistas, por ejemplo, afirman la inmortalidad de la especie humana y la desaparición total del individuo como tal al morir. No hay esperanza personal. Otros como los estoicos antiguos creen que el individuo se funde en la Divinidad ya sea al morir o en la conflagración universal. Tampoco hay esperanza de una sobre vivencia personal. Ni unos ni otros pueden sentir la muerte de la misma manera que quien espera una vida personal en el Más Allá. En todos estos casos no hay retorno a una nueva existencia individual en la tierra. Se muere una sola vez. El paso de la muerte no tiene retorno. El individuo se juega en ella toda una eternidad, ya sea de la nada personal ya sea de otra vida personal eternamente feliz o eternamente desgraciada. En la visión lineal del tiempo cada momento es irrepetible y

decide el tiempo siguiente. Cada momento tiene su propia responsabilidad en relación al futuro. Y la muerte es el momento final y único del tiempo humano en la existencia terrena. Por eso, la forma lineal de ver el tiempo impone un determinado ethos de la muerte. Se suele dar un sentido trágico a la muerte. Las formas de representarla: un esqueleto con la guadaña y otras formas similares no la hacen precisamente atractiva. El sentido irreplicable de la muerte hace sentirla con especial temor. La muerte de un ser querido supone con frecuencia una verdadera tragedia. En cierta ocasión, en el entierro de una niña, cuando el féretro salía de la casa, la madre se asomó al balcón y gritó desesperada: "¡Adiós hijina del alma, que nunca más te volveré a ver!". Esta escena y otras similares se repiten con frecuencia incluso entre aquellos que tienen esperanza en la resurrección de los muertos (Ries, 1987).

En la visión circular del tiempo la muerte es sólo el paso hacia una nueva encarnación del espíritu en la tierra. No es un hecho irreversible. Se repite después de cada reencarnación. En las tradiciones que tienen esta creencia morir no es lo que más se teme. La muerte no tiene el sentido trágico que suele tener en la visión lineal del tiempo. Es un momento más del ciclo de las reencarnaciones. Los creyentes de esta tradición lo que verdaderamente temen, aquello de lo desean por todos los medios liberarse, no es propiamente la muerte, sino el tener que reencarnarse una y otra vez. No temen tanto morir cuanto la próxima reencarnación, que es siempre una gran incógnita. Propiamente habría que decir que desean morir definitivamente y no tener que volver a reencarnarse. Morir definitivamente significa que acceden de forma irreversible al camino que ya sólo puede terminar en un paraíso definitivo como el Nirvana. La muerte no supone en sí misma una ruptura definitiva con los seres queridos. Si hay renacimiento, el que muere puede volver en forma de una planta, un animal doméstico, un nuevo hijo, etc. Es posible que vuelva a convivir bajo alguna forma con los que ha amado en la existencia anterior. Bajo la visión circular del tiempo el ethos de la muerte es distinto. La muerte se siente de otra manera. Tiene menos valor que en la visión lineal. No es tan decisiva (Ries, 1987).

En la visión simultánea del tiempo que domina en las culturas negro africanas, la muerte adquiere nuevos matices y valoraciones. Aunque no tiene retorno, no supone una ruptura radical con los descendientes, amigos, vecinos, etc. El espíritu del muerto sigue conviviendo con su gente, participando muy directamente en sus vidas, ya sea favoreciéndoles si cumplen con los ritos prescritos, ya sea procurándoles daños, si no lo hacen. No se van a ningún mundo lejano. Los vivos están pendientes de sus difuntos como de miembros que están presentes en su vida cotidiana. Los muertos siguen con los vivos. Mientras queden descendientes que recuerden a los que han muerto y hagan oraciones y ofrendas por ellos, estos gozan de una inmortalidad personal. Son recordados por su propio nombre. Esta inmortalidad es lo más deseado por estos creyentes. Por eso, para un negro africano es de importancia vital dejar hijos y otras descendientes que lo recuerden después de morir. De ese recuerdo depende su inmortalidad personal. Lo más temido no es la muerte en sí, sino el morir sin algún tipo de descendencia o sin amigos que realicen los ritos mortuorios y posteriores. El ethos de la muerte no coincide con el que produce la visión lineal del tiempo ni tampoco con el que crea la visión circular del mismo. El anciano que deja mucha descendencia muere con cierta satisfacción. A veces se da la noticia en los medios occidentales de comunicación de que tal o cual jefe africano deja un número de hijos que parece una barbaridad para la sensibilidad de Occidente. Para la sensibilidad negro africana es la mayor riqueza que un anciano puede dejar tras de sí. Una vez que ya no quede nadie que recuerde al difunto, su espíritu pasa a un estado de inmortalidad impersonal y a formar parte del mundo de los espíritus anónimos, junto a

la divinidad, pero sin dejar por eso de intervenir en la vida de los que existen en este mundo (Ries, 1987).

Por otra parte, la concepción que se tenga del hombre determina la interpretación que se ha de hacer de la muerte. En la visión platónica el cuerpo humano es una cárcel del alma. La existencia de ésta en el cuerpo es un castigo y sólo un momento transitorio de su existencia eterna. Morir es, entonces, una liberación de esa cárcel y un retorno del alma a su existencia celestial. La muerte no es parte de un castigo por un pecado original, como enseña la Biblia. Es al contrario el fin de un castigo que es la misma existencia terrena. La muerte tiene un sentido positivo, liberador y salvador. El platonismo, por tanto no transmite terror o miedo hacia la muerte, sino una visión más bien atractiva y positiva de la misma. Morir es liberarse del cuerpo y de todas sus calamidades. Por su parte, el Maniqueísmo enseña que la materia es mala por esencia. Es la creación del Principio del Mal. El espíritu es la creación del Principio del Bien. El hombre en su existencia terrena está compuesto de espíritu (bueno) y de materia (mala). Durante la existencia terrena espíritu y materia coexisten en lucha permanente. La muerte representa el triunfo del espíritu sobre la materia. Aquél consigue liberarse de ésta. Morir es triunfar y retornar al reino de la luz (Pienda, 1982).

El ethos o forma de sentir la muerte no tiene, por tanto, un carácter universal. No es uniforme. Está ligado a nuestra humildad geográfica y cultural. El medio geográfico determina en gran medida el desarrollo cultural y la cultura determina la forma de ver y sentir la muerte. El ethos de la muerte sólo puede ser plural. Ninguna tradición tiene el monopolio de la verdad de la muerte. Hay muchas sensibilidades de la muerte, tantas como tradiciones, culturas o religiones. No la siente igual el cristiano que el hindú, el azteca que el griego. Hay una humildad cristiana, una humildad hindú, una humildad azteca y una humildad griega. Cada uno desarrolla su propio ethos de la muerte (Ries, 1987).

2.8.3 LA IMPLICACIÓN MUTUA VIDA- MUERTE

Se vive anticipando la muerte. La muerte no sólo es un momento final de la existencia terrestre. Ya está incluida en el programa vital de los genes desde el momento del nacimiento. El cuerpo mismo es un proceso continuo de vida y muerte. En él mueren a diario millones de células a la vez que otras nacen o se reproducen. Se nace, se cree, se madura y se muere como el resto de las formas terrestres de vida. La muerte es ley de vida. Para que unas plantas y animales vivan otros tienen que morir. ¿Qué pasaría en la tierra si padres, abuelos, tatarabuelos no muriesen nunca? Los hijos llegan pidiendo sitio. Cuando se nace ya se empieza a morir. Algunas lenguas como el alemán o el inglés resaltan este aspecto. Para preguntar la edad que uno tiene dicen: Wie alt sind Sie?, How old are you? La muerte es una realidad interna a la totalidad de la vida. Es condición de posibilidad de la vida misma, lo mismo que la vida lo es de la muerte. Se vive muriendo hacia la muerte como momento final de un proceso mortal que dura toda la vida. Por otra parte, se puede observar al alrededor cómo unos seres vivos tienen que morir para que otros puedan vivir. Herbívoros y carnívoros son un elocuente testimonio de cómo la vida se come a la vida, de cómo la muerte de unos alimenta a la vida de otros. Eso que se llama en Occidente la "Naturaleza" los hizo así. Es una ley de vida que no se puede atribuir a ninguna falta moral o pecado. Es un fenómeno demasiado

profundo en la naturaleza como para atribuirlo a una falta moral de una parte tan insignificante de esa naturaleza como es la especie humana. Esta apareció demasiado tarde en la historia de la vida como para que tenga tanto poder de decisión (Heidegger, 1962).

La muerte es un medio que tiene la vida para renovarse y multiplicarse. No hay renovación sin muerte. Se renueva y multiplica a través de sus raíces, sus semillas, sus esquejes, sus huevos y, de la procreación, pero siempre con la muerte por medio. Los cadáveres de la planta, del animal y del hombre son fuentes de nuevas formas de vida. Se convierten en humus donde proliferan nuevos seres vivos. La muerte como momento final tiene un valor especial para interpretar todo el proceso, la muerte es el único "existenciario" desde el que es posible una visión del Dasein como totalidad. Los demás existenciaros sólo aportan visiones parciales. La muerte es el principio hermenéutico fundamental de la existencia humana. Por el fruto se reconoce el verdadero sentido de la planta. Hasta que no se conoce el fruto en el que la planta madura no se puede identificar su sentido interno más profundo. En el fruto la planta madura y muere. Es en ese momento vital cuando muestra su profunda razón de ser. Es en el fruto maduro donde se puede observar con más claridad la humildad ontológica de la muerte., su esencial religación a la vida y su fecundidad. En el fruto maduro muere una forma de vida y queda abierto el camino para iniciarse otra nueva en la que la vieja tiene su continuidad (Heidegger, 1962).

Si la muerte marca el sentido de la vida, la vida también marca el sentido de la muerte. La muerte es sólo el Omega de un proceso que se inicia en el Alfa que es el nacer. Alfa y Omega se interpretan mutuamente. El sentido que se da a uno decide el sentido que se ha de dar al otro. Por eso, la muerte está ligada al nacimiento y a todas las circunstancias de la existencia. En el Ser Infinito Alfa y Omega se identifican. En el ser finito como el hombre están separados por una distancia: la existencia terrestre. Esa línea que los separa a la vez los une y refiere uno al otro. Por eso, no es posible valorar uno sin que ipso facto quede ya valorado el otro. La muerte es muerte porque hay vida. La vida es vida porque hay muerte. Una vive de la otra. La muerte es entonces una fuente de vida. No sólo porque unos seres vivos vienen a base de comerse a otros. La vida se propaga precisamente a base de morir sus viejas formas para que se generen otras nuevas (Heidegger, 1962).

La muerte es una palabra de la vida, un aspecto de la verdad de la vida. La vida habla o se "des-oculta" de muchas formas. Tantas como seres vivos existen. Habla como ser humano, como paloma, como hormiga, como ballena, como el fuerte roble o como el suave musgo. Todas esas formas de hablar o des-ocultarse conllevan otras tantas formas de ocultarse o guardar silencio. Cada forma de muerte es el momento del silencio y del ocultamiento de una forma de vida. Nacer es hablar. Morir es guardar silencio para que otros hablen. La muerte forma parte del diálogo de la vida. Cada uno de es una palabra de la vida. es palabra antológicamente, aunque las bocas guarden silencio. El ser habla por sí mismo. Cuando uno muere, una palabra se retira al silencio. La muerte, por tanto, de por sí no es algo moralmente negativo, algo malo. En sí misma no es efecto de un acto moral malo, llamado pecado. Es algo natural y necesario (Pienda, 1982).

Con el deseo de la muerte, se tiene miedo a la muerte. Sin embargo, se desea morir. Rahner (1964), el ser del hombre se mueve hacia la muerte por un impulso interno mucho más profundo que el meramente biológico. La causa última de la muerte no es tanto de orden físico como de orden espiritual. Solo se espanta la muerte en la superficie de las conciencias. En lo profundo del ser se apetece el fin de lo imperfecto para que pueda realizarse la perfección. Es más se considera como condenados ante los mismos, si se dijese que todo iba a seguir eternamente como ha sido hasta ahora. En lo

más profundo del ser se tiende a la perfección plena, a lo absoluto. Se quiere superar todo lo finito e imperfecto. El deseo de bien sólo parece saciarse con el bien absoluto. Lo absoluto, bajo mil formas, constituye el último punto de referencia de las distintas visiones del mundo que el hombre crea. Un valor absoluto ocupa siempre el vértice superior de la pirámide de sus valores. La pregunta por lo absoluto es la pregunta radical que subyace en todas sus preguntas fundamentales de la vida. Y es que es apertura ilimitada hacia lo ilimita. Este deseo de lo absoluto esconde un secreto deseo de la muerte (Ortega y Gasset, 1964).

Por otra parte, como seres finitos y contingentes que son existen en el tiempo. Pero no existen en el tiempo como algo externo a los mismos. El tiempo es esencial. El tiempo es inconcebible sin el movimiento. Aristóteles lo define como "medida del movimiento". Donde hay movimiento hay tiempo y donde hay tiempo hay movimiento. Si se paraliza el tiempo vital, se detienen todos los procesos internos biológicos y espirituales. Se imagina que por un momento todo cuanto se mueve en todos y al alrededor se paraliza de manera que no acontezca nada. ¿Cuánto tiempo se soportaría esa inmovilidad? El aburrimiento se haría insoportable, suponiendo que se pudiese seguir viviendo. La monotonía y el aburrimiento pueden ser más temibles que la muerte. No se quiere que el tiempo pare. Se quiere movimiento. La novedad da sentido y llena las vidas. Se espera que acontezcan cosas nuevas. Con frecuencia cuando se encuentran dos amigos uno saluda al otro preguntando qué novedades hay. La prensa diaria vive de esa necesidad antropológica de lo nuevo. Todas las mañanas se venden miles de periódicos con las noticias frescas para saciar esa hambre. Y para un hambre morbosa de novedades fuertes se crea la prensa sensacionalista. Se huye de la monotonía y del inmovilismo (Ortega y Gasset, 1964).

Cada ser humano muere desde su cuerpo y desde su cultura. Decir desde su cuerpo es decir desde sus padres, desde la tierra en que nació, desde el clima y la alimentación con que se crió. Se muere desde la materia que se hizo carne y de la que se vive. Por eso, se muere igual el que nace y sea cría en el Polo Norte que aquel que lo hace en el desierto del Sahara. Se muere desde la cultura porque en ella se ha aprendido a vivir. Ella se hace carne de la carne creando en toda clase de hábitos mediante la educación recibida. Ella se infunde toda clase de creencias que guían la vida y le dan sentido. Desde ella se interpreta y se siente la muerte (Farré, 1973).

Durante la vida, cada uno va acumulando experiencias y toda clase de conocimientos que se van fundiendo en un bagaje de saber previo racional y afectivo. Este saber configura una manera personal de vivir y de afrontar la muerte. Ese saber previo es un todo único e irrepetible desde el que cada uno muere su propia muerte de una manera intransferible. El espíritu así conformado termina su existencia corporal terrestre como una maduración fecunda que germina en una nueva forma de existencia en el Más Allá, como quiera que sea interpretada. La dimensión más profunda de ese saber previo es de orden afectivo. Cuando alguien presiente la muerte como próxima busca la cercanía de los seres más queridos, los de su máxima confianza. Busca su hogar biológico para morir. El oso busca su guarida. El anciano quiere morir en su casa. Morir en un hospital entre cables no parece una forma de morir muy apetecible. La debilidad del que se siente morir busca la seguridad de las personas y las cosas que le son más cercanas, que han formado parte de su vida. Morir en el destierro, sin familia, sin amigos, sin un hogar propio, es tal vez la forma más triste de morir. Los que sienten acercarse la muerte se agarran más que nunca a sus creencias, a sus hábitos. En una palabra, a su hogar cultural. El momento de la muerte es seguramente el que más profundamente nos hace sentir nuestra humildad ontológica tanto física como cultural (Davies, 1996).

2.9 LA TÉCNICA LOGOTERAPEUTICA DE LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

La Logoterapia pretende que el hombre logre, no una vida exenta de tensiones (un equilibrio homeostático al más alto nivel) sino que: ¿Acepte las tensiones sanas mediante el ejercicio cotidiano de la energía espiritual (noodinámica)? ¿Acepte aquellas tensiones en las que está clara la conciencia de que existen alternativas de elección, por limitadas que estas sean? ¿Prevenga las tensiones nocivas frecuentemente creadas por huida o escape? ¿Enfrente la tensiones inevitables que le impone el pasado, donde nada se puede cambiar sino que solo cabe como actitud el dejarse arrastrar por lo que tiene de negativo o aprender las lecciones que ha dejado, o las impuestas por el sufrimiento inevitable (físico, psíquico o espiritual) donde solo se presentan como opciones la resignación o preguntarse qué más puedo aún? (Frankl, 1984 y 1990).

La Logoterapia es reconocida a nivel mundial como la Tercera Escuela Vienesa de Psicoterapia, entendiéndose como la primera al Psicoanálisis de Sigmund Freud y como la segunda a la psicología individual de Alfred Adler. La Logoterapia es un tratamiento psicoterapéutico creado por el Dr. Viktor Emil Frankl basado en el "Logos". La traducción que él hace de la palabra "Logos" es la de "sentido", "significado", "propósito", lo que significa que la Logoterapia se concentra en la búsqueda del sentido de la existencia humana; en la conciencia individual que responde positivamente al interrogante que le plantea la vida a cada persona.

Frankl enmarca a la Logoterapia en el área de las Ciencias de la Conducta, pero la desborda adentrándose en el área de las Humanidades, constituyéndose en un modelo antropológico Psico-Social. Se distingue de las psicoterapias existentes, porque no es un tratamiento para enfermos, sino un "acompañamiento" para personas que sufren problemas existenciales, como una falta de sentido a sus vidas o una necesidad de valores específicos. Utiliza el Análisis Existencial, distinguiéndose así del Psicoanálisis. El Análisis Existencial responde a una necesidad sentida por el hombre contemporáneo, que ante el cambio de costumbres, la devaluación de las tradiciones y la relatividad de los Valores, ahora demanda descubrir qué sentido tiene su existencia.

La Logoterapia detecta y hace el diagnóstico de los síntomas de Vacío Existencial y despierta en el ser humano, la responsabilidad ante sí mismo, ante los demás y ante la vida, para que sea la misma persona la que encuentre motivos para vivir en los Valores Vivenciales, que le dan sentido al amor; en los Valores Creativos, que le dan sentido al trabajo, y en los Valores Actitudinales, que le dan sentido a la vida, aún en circunstancias adversas.

En conclusión, se manifiesta que la Logoterapia invita a la re-humanización en el ser humano y a retomar los valores para construir; hace más humano al hombre, le ofrece un camino para buscar y encontrar el significado y misión de su vida, transforma su pasado e ilumina de una nueva forma su porvenir; podemos "decidir" entonces, a través de la fuerza desafiante del espíritu humano, un proyecto de vida creado a partir de los valores y actitudes que decidamos tener en nuestra vida.

Frankl demostró que la dimensión espiritual en el hombre es aquella que le hace moverse, levantarse, trabajar con compromiso, luchar por un matrimonio, aspirar a ser la mejor de las madres, romper con las dependencias o terminar una tarea de amor para con el mundo, y apuntemos aquí, lo que dijo en referencia a su concepto de auto-trascendencia: "...llegué a comprender que el primordial hecho antropológico humano es estar siempre dirigido o apuntado hacia algo o alguien distinto de uno mismo: hacia un sentido que cumplir u otro ser humano que encontrar, una causa a la cual servir o una persona a la cual amar".

Desde otro punto de vista, la logoterapia es el método de tratamiento psicoterapéutico que parte del espíritu y está centrado en la búsqueda de sentido. A diferencia de la psicoterapia que parte de la dimensión psicológica, la logoterapia parte desde la dimensión espiritual. La logoterapia es una educación destinada a fomentar la responsabilidad de la persona, precisamente en una época en que la tecnología amenaza con rebajarla a la categoría de un objeto carente de responsabilidad, cuyos actos pueden ser calificados como meras reacciones. La logoterapia expresa el pensamiento de muchos dirigentes religiosos, filósofos, artistas y pensadores.

- Como un ser trascendental, con aspiraciones.
- Como una criatura en búsqueda de las metas que darán sentido a su vida.
- Consciente de la existencia de una dimensión más alta que la llama, y se realiza en la medida en que responde a ese llamado.

En otras palabras, es una incursión profunda al universo de los valores, los ideales, las metas y los fines últimos, que hacen al hombre verdaderamente humano. Su objetivo es conducir a la persona a la autodeterminación, en base a la propia responsabilidad y solidificar el sentido individual que lo lleve a causas a las que servir o personas a quienes amar. Es una psicoterapia centrada en el sentido. Su tarea es ayudar a esclarecer aquello que distancia al hombre de sí mismo, así como aquello que el hombre puede ser, en lo que puede convertirse. Es decir, es una ayuda para la liberación y desarrollo de las capacidades humanas. Su propósito es que la persona contacte y ponga en marcha los recursos que sólo existen en su espíritu, para hacerle frente, desde ahí, a los problemas que le aquejan. Al movilizar los recursos de su espíritu, específicamente su libertad y su responsabilidad, está en condiciones de descubrir el sentido de su vida, y de vivirla significativamente. La logoterapia busca movilizar la capacidad de oposición del espíritu frente a los hechos biológicos, psíquicos y sociales; busca poner en marcha la "oposición espiritual" frente a la "facticidad" de los "destinos". Los destinos son las limitaciones inherentes a la vida del ser humano, y el espíritu es la capacidad que tiene de oponerse libre y responsablemente a esas limitaciones, asumiendo una actitud frente a ellas. La logoterapia se interesa, no tanto por lo que enferma los problemas sino por lo que cura: el espíritu; no por lo que oprime a la persona que sufre sus destinos sino por aquello que le permite hacerle frente a esa opresión: sus recursos espirituales. La logoterapia ayuda a la persona a esclarecer aquello que lo distancia de sí mismo. A percibir y reconocer sus capacidades, para desarrollar plenamente sus potencialidades. A llegar a ser él mismo; a autodescubrirse; a autoconocerse. "Como forma terapéutica, la logoterapia es una ayuda para volver a alcanzar la capacidad de percibir las posibilidades de sentido dadas, reconociéndolas y actuando." Por todo eso la logoterapia ve como funciones suyas:

1. Provocar el deseo de ejercer sus libertades para tomar decisiones propias.
2. Hacer consciente a la persona de su responsabilidad frente al problema que la aqueja, para la construcción de su propia vida.
3. Ayudar a la persona a explorar y eliminar las barreras que le impiden hallar el sentido de su vida.
4. Ayudar a la persona a poner en marcha su voluntad para unir el esfuerzo honesto y sabio, al ejercicio de la libertad y la responsabilidad.

El fundador de esta "tercera escuela vienesa de psicoterapia" llamada: los principios en que se basa la logoterapia:

1. La vida tiene sentido bajo cualquier circunstancia.
2. El hombre es dueño de una voluntad de sentido, y se siente frustrado o vacío cuando deja de ejercerla.

3. El hombre es libre, dentro de sus obvias limitaciones, para consumir el sentido de su existencia.

Logoterapia es Viktor E. Frankl considerado dentro de la psicología existencial desarrollada en Europa, como su máximo exponente.

Hay casos para el terapeuta en los que ya no cabe aplicar farmacoterapia o psicoterapia; pero es allí, precisamente, donde la logoterapia ayuda todavía a abrir la puerta al sentido de vida, a la elevada realización humana del paciente. Cuando ya no hay espacio para la farmacoterapia o la psicoterapia todavía queda un camino para abrir la puerta al sentido de vida, la Cura Médica de almas, porque propicia la modulación de la actitud facilitando superar el riesgo del rechazo o la negación para dar paso a asumir digna y valerosamente la situación de sufrimiento como oportunidad de crecimiento y desarrollo humanos. En sentido más amplio Si en su sentido más estricto la cura médica de almas busca acompañar al hombre que enfrenta tensiones inevitables y situaciones en las que el terapeuta ya no tiene nada que ofrecer en cuanto a la curación o alternativas de solución (Frankl, 1990).

Es entonces lógico pensar que si el terapeuta es, además, religioso, posee un valor adicional significativo e irrenunciable que puede constituirse en un punto más de contacto con su paciente favoreciendo o fortaleciendo el proceso pero esto no le da derecho a rechazar a quien tiene otra confesión distinta de la suya o no la tiene y, menos aún, a imponer su propia concepción, sus propios criterios morales o religiosos. Y, desde la otra vertiente, es lógico pensar que un paciente, cualquiera sea su posición de fe tiene derecho a ser atendido y, aún más, a que se aproveche su confesionalidad para confrontarlo logoterapéuticamente hacia el encuentro de su sentido de vida, hacia el asumir sus responsabilidades de vida (Frankl, 1997).

A veces el ánimo de lucro, la injuriosa ostentación de poder científico, los afanes en el ejercicio profesional cuando simplemente se venden servicios, opacan dolorosamente la humanidad del hombre terapeuta, le hunden en una amarga soledad, muestran al experto que sabe hacer pero se le olvidó ser y abortan el que está llamado a ser un fértil encuentro entre dos personas. Un terapeuta no puede mantenerse humano cuando simplemente despacha casos y no le queda tiempo para un encuentro consigo mismo y con el otro. Cada vez que se pierde la oportunidad de diálogo y encuentro se altera el compromiso que surge entre terapeuta y consultante o paciente (Frankl, 1997).

2.10 POEMAS LOGOTERAPEUTICOS (“LA ACTITUD DE PENSAR”).

Un buen poema no debe ser ni pasional ni erótico sino envolver la sensibilidad que otros pueden observar mas no aprecian sino después de escrito, si toca erotismo o toca pasión dentro del tema es una consecuencia de lo que realmente era el poema.¿Caluga o menta?

En mi se hace sufrimiento, mucha gente con los estudios superiores, que se paga con dinero caro en la manutención diaria, sin mucho saber, algún día ese precio no encontrará un lugar, quedará perdido.

¿Muchos hombres piensan siempre en los domingos, no en descansar, no obstante continúan, muchos hombres siempre piensan en el trabajo, durante toda la semana, quien les explica que lo que ellos necesitan, es tiempo libre para descansar, y que los domingos son para estar sentado?

“¿Estoy condenado a muerte?” “pregunta angustiada al doctor, y lo mismo a la iglesia.

No responde el doctor, amigo mío, me temo que usted está amenazado de vida, de vivir y llegar a viejo” con alivio suspira el paciente.

Una vida, la que le emana nunca toda se sella. Un laberinto que se recorre en constantes círculos, los ojos se fijan a lo más pequeño, porque en algunos lugares así son identificados, y también ayudados.

Así la necesidad de un camino definido, en dirección a la salida, en dirección a ser otro. Para la razón de la psicoterapia, el paciente, debe en la obscuridad, el daño de sus vidas, descubrir, razonar, adaptar, pero también, descubrir.

La existencia humana es la unión de la atracción y los sentidos, porque el sistema interno se sujeta de la atracción de los soles y átomos, y así sujeta queda a los huesos. La atracción no detiene la libertad de movimiento,lo señala. Solamente dirige en el camino, a tener cuidado

Día a día es el momento para preguntarse, quien realiza el punto, mi yo de ayer, no lo consiguió, pero mi yo de hoy puede otra vez intentarlo. Día a día es el momento de una oportunidad, de nuevos yo por la mañana. Donde está el destino, también hay un camino en el destino, y donde está el personaje del destino, debajo del camino esta la historia de la persona.

El abandono de las vidas, lo que yo también espero, espera en primera fila no cerca del tiempo de la muerte, sino, sobre la devoción a ella.

Cada construcción de vida, se construye con el material, el que a nuestra disposición está mucho más material que el calculado, con otro sobre pesado. Y de eso el número de escaleras, para el frente y los tejados, quieren descolgarse, pero no, si ese edificio será finalmente bueno, como el hijo de la infelicidad o como la pared de la suerte, encontraron útil.

Cada día de Dios que sale bien, significa que Dios no es imaginación, porque para cada idea de Dios – él está en cada una (Lukas y Wiesmeyr, 1989).

CAPITULO 3

METODOLOGÍA

3. METODOLOGÍA CUANTITATIVA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio mixto que se basa tanto en el paradigma cuantitativo como en el cualitativo.

Cuantitativamente, es un estudio experimental (Sampieri, Collado y Lucio, 1998), entre los grupos: A₁, A₂ y A₃ en las pre y post pruebas por medio del instrumento: Escala de Ansiedad ante la Muerte. En un inicio, se hizo un estudio piloto (con las determinaciones por los jueces) para la construcción del instrumento y posteriormente uno final, confirmatorio después de haber validado y la confiabilidad de la escala para la recolección y análisis de los datos obtenidos (Bennett y Dopplet, 1967). El estudio piloto consistió de ochenta y tres (83) reactivos con tres encuestas de cada uno para un total de doscientos cuarenta y nueve sujetos (249).

Cualitativamente es un estudio que eligió el método hermenéutico que utiliza la técnica de redes semánticas para investigar la ansiedad ante la muerte (Glesne, 1998).

3.2 TIPO DE DISEÑO

Es un diseño experimental debido a que hay manipulación deliberada sobre las variables, a que la selección de la muestra no es aleatoria (Kerlinger y Lee 2002) y a que el instrumento no había sido previamente validado para la población mexicana.

El problema requiere de un diseño de grupos diferenciados. Existen dos razones para esta opción: 1) hay dos variables independientes, 2) es claro que se tiene en mente una hipótesis de interacción, aunque no se haya expresado con tantas palabras. Se cree que los métodos funcionan de manera diferente con distintos tipos de pacientes por su género, antecedentes de las enfermedades, evolución, experiencia previa ante una enfermedad, clase social, motivación, estado emocional, etcétera. Quizá funcionen de manera diferente con pacientes con distintos niveles de ansiedad ante la muerte. El apoyo psicológico con ansiolíticos tal vez resulte efectivo con pacientes con ansiedad moderada mientras la logoterapia sea más efectiva en pacientes con ansiedad severa. Se llama al método de logoterapia A₁, al apoyo psicológico con ansiolíticos A₂, y A₃ el grupo control. Y a su vez, las ansiedades se llaman B: ansiedad severa es B₁ y ansiedad moderada sería B₂. Es decir la variable ansiedad se dicotomizó en los grupos de ansiedad severa y moderada. El tipo de diseño se establece con las variables correspondientes:

Variable independiente		Variable dependiente
Método	Ansiedad	Sentido de la vida
Logoterapia A ₁	B₁ Ansiedad severa B₂ Ansiedad moderada	Sentido de vida
Apoyo psicológico con ansiolítico A ₂		
Control sin estímulo A ₃		

Sin embargo, hay que mencionar que en esta investigación, se podría haber incluido otras variables, en especial variables potencialmente influyentes sobre el mejoramiento de sentido de vida: capacidad de aceptar una enfermedad, clase socio económica, genero, grado de estudio, por ejemplo. La medida de la variable dependiente se podría obtener mediante una prueba estandarizada de sentido de vida. La estructura de diseño de esta investigación se representa:

3.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

ANSIEDAD MÉTODO

A₁ (LOGOTERAPIA A₂ (APOYO PSICOLÓGICO CON ANSIOLITICO A₃ (CONTROL)

MB2	B1 (ANSIEDAD SEVERA		
MA1B1		MA2B1	MA3B1
PUNTUACIONES DE LA ESCALA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE			
MA1B1	MA1B2	MA3B2	
MA1	MA2	MA3	
MB2	B2 (ANSIEDAD MODERADA)		

Es un diseño experimental de tres grupos: un grupo experimental de logoterapia; un de apoyo psicológico y un grupo control. El diseño presenta una variable activa, métodos (variable experimental o manipulada); y una variable atributo, ansiedad (una variable medida o una variable que es una característica de los pacientes o grupos por ejemplo, clase social). Se categorizó a los participantes como con una ansiedad severa y ansiedad moderada y asignarlos de acuerdo con ello a B₁ y B₂ (los grupos de los métodos). Se realizó en dos etapas: 1) los pacientes de B₁ (ansiedad severa) fueron asignados a A₁, A₂ y A₃ y 2) los pacientes de B₂ (ansiedad moderada) fueron asignados a A₁, A₂ y A₃. Al asignar así a los participantes se pudo suponer que antes de que empezará el experimento, los pacientes en A₁ fueron semejantes a los pacientes en A₂, y A₃ en todas las características posibles (kerlinger y Lee, 2002).

De acuerdo a este diseño, los tres grupos fueron representados de la siguiente manera:

SG1	O1	X1	O2 (Grupo experimental con logoterapia)
SG2	O3	X2	O4 (Grupo apoyo psicológico con ansiolíticos)
SG3	O5	-X3	O6 (Grupo control sin estímulo)

Donde:

S: Asignación por selección. Cuando aparece quiere decir que los sujetos han sido asignados a un grupo de manera seleccionada (asignación no aleatoria por accidente).

G : Grupo de sujetos (G1, grupo 1; G2, grupo dos; etcétera).

X: Tratamiento, estímulo o condición experimental (presencia de algún nivel de la variable independiente).

0: Una medición a los sujetos de un grupo (una prueba, cuestionario, observación, tarea, etcétera). Si aparece antes de estímulo o tratamiento se trata de una preprueba (previa al tratamiento). Si aparece después del estímulo se trata de una postprueba (posterior al tratamiento).

Ausencia de estímulo (nivel “cero” en la variable independiente). Indica que se trata de un grupo control (Kerlinger y Lee, 200).

Los grupos dos y tres son de estímulo y control respectivamente en esta investigación ya que no cuentan con el tratamiento logoterapéutico, objetivo principal del estudio. El análisis inicial de Análisis de Varianza de un Factor (ANOVA de un Factor) con el fin evaluar los grupos sean homogéneos en la etapa de pretest. También se utilizó una prueba “t” de Student para muestras relacionadas con el fin de evaluar el cambio de la Ansiedad ante la Muerte entre las fases de pre y post test. También se usó la prueba de Análisis de Varianza de un Factor (ANOVA de un factor) para los análisis estadísticos, para grupos independientes si se compararon simultáneamente 02, 04 y 06 para la comparación entre sí de las postpruebas. Además se añadió una prueba posthoc para (Scheffe) identificar entre que grupos hay diferencias significativas (Sampieri, Collado y Lucio, 1998).

Se maximizó la variable experimental, para facilitar discusiones subsecuentes y, en general, tan sólo se refirió a la varianza de la variable dependiente, debida a la influencia ejercida por la variable independiente o variable de la hipótesis sustantiva. En este caso en particular, la varianza experimental fue la varianza en la variable dependiente, presumiblemente debida a los métodos A_1 , A_2 , y A_3 y a los niveles de ansiedad B_1 y B_2 . Aunque la varianza experimental pudo tomarse para hacer referencia únicamente a la varianza debido a la varianza manipulada o activa, como los métodos, también se pudieron considerar las variables atributo como, género, capacidad para aceptar una enfermedad y, en este caso, ansiedad como variables experimentales. Una de las principales tareas de esta investigación consistió en maximizar esta varianza. La presente intentó trabajar sobre un precepto de investigación: diseñar, planear y conducir la investigación de tal forma que las condiciones experimentales fueron tan diferentes como fuese posible, aunque este pudo cambiar durante el desarrollo de la investigación. Se realizó un esfuerzo para hacer a A_1 , A_2 y A_3 la logoterapia, apoyo psicológico con ansiolíticos y control sin estímulo, tan diferentes como fuese posible. Después, B_1 y B_2 también debieron ser tan diferentes como fuese posible, en la dimensión de ansiedad: un problema en esencia es uno de medición.

3.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La selección se hizo por grupos paritarios con los siguientes criterios: sexo 42.1% de hombres y 57.9% de mujeres, edad comprendida de 15 y 65 años, escolaridad de primaria a universidad, todas las clases de nivel socio cultural, evolución de la enfermedad que no era terminal, y tipo de ansiedad: moderada y severa y pacientes dispuestos a asistir a las secciones logoterapéuticas en caso de grupo A₁ sin el uso de ansiolíticos previamente antes de iniciar el proceso logoterapéutico; y plática de apoyo psicológico en A₂ que usaban los ansiolíticos. Los criterios de exclusión fueron analfabetismo, edad menor de 15 y mayor de 65 años, pacientes con ansiedad normal (cuyos resultados obtenidos en la pre prueba se consideraron normales en esta investigación), pacientes no dispuestos a asistir a las secciones logoterapéuticas o apoyo psicológico, pacientes discapacitados, sujetos alcohólicos y drogadictos.

3.5 INSTRUMENTO

El test que se usó como instrumento piloto fue: La Escala de Ansiedad ante la Muerte diseñada por el investigador y que se describe posteriormente. La escala fue diseñada con base en una revisión bibliográfica detallada de los cuestionarios existentes en México, los Estados Unidos, España, Reino Unido y Argentina (Neimeyer y Moore, 1989). El propósito fue diseñar y adaptar uno para todas las clases sociales de la población mexicana, considerando los elementos sociales de nuestra cultura y las palabras definidoras. Se midieron los cuatro factores: ansiedad, depresión, dolor y miedo que componen el instrumento de ansiedad ante la muerte.

Fue necesario construir un instrumento final de 25 reactivos cuya escala fuera objetiva, eficiente y económica de administrar y calificar; las frases debían ser sencillas de comprender (Brown, 1980).

Se les dio a los sujetos un juego tamaño carta engrapado que incluía las instrucciones y el instrumento para que anotaran sus respuestas directamente en ellos (VER ANEXO I).

3.5.1 CUESTIONARIO DE LA ESCALA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE (AEM)

3.5.1.1 DISEÑO DEL INSTRUMENTO

Se trata de un cuestionario de valoración de 83 reactivos tipo Likert, que consiste en una serie de reactivos presentados en forma de totalmente de acuerdo, de acuerdo, neutro, desacuerdo y totalmente en desacuerdo con asignación numérica de 1 al 5 en cada una de las opciones de respuesta. Esto se hace con el fin de que un puntaje alto implique grado de ansiedad severa y que un puntaje bajo se refiere a un grado de ansiedad bajo (normal). Mientras tanto un puntaje entre alto y bajo indica ansiedad moderada. Para llegar a los 25 reactivos de la escala final algunas variables

fueron recodificadas, ya que unos reactivos eran de carácter positivo y otros de negativo.

3.5.1.2 CONFIABILIDAD

Se calculó en una muestra de 249 sujetos por medio del coeficiente de consistencia interna alpha de Cronbach.

3.5.1.3. VALIDEZ DE CONSTRUCTO

Se calculó en una muestra de 249 sujetos a través de un análisis factorial con rotación Varimax (Kaiser, 1974).

3.5.1.4 VALIDEZ DE CONTENIDO

Este cuestionario mide el grado de ansiedad ante la muerte, la actitud de las personas hacia la muerte, dolor por la muerte, depresión por la muerte, miedo a la muerte y el significado de la muerte para los sujetos.

Para darle validez de contenido, se revisaron minuciosa y profundamente, los postulados teóricos de Neimeyer y Chapman (1980) y Neimeyer y Moore (1989), así como las investigaciones previas acerca de la ansiedad ante la muerte, actitud hacia la muerte, el miedo a la muerte, el dolor por la muerte, la depresión por la muerte y el significado de la muerte.

3.6 PROCEDIMIENTO

En el primer lugar, se aplicó un instrumento piloto de ochenta y tres (83) reactivos a 249 sujetos (tres sujetos por cada reactivo) (Anastasi y Urbina, 1998) con el fin de obtener los reactivos con el Análisis Factorial a un nivel fácil de manejar de 25 reactivos para medir la ansiedad ante la muerte (denominado Escala de Ansiedad ante la Muerte: EAM), no utilizado hasta ahora en México, a partir de su aplicación a una muestra de pacientes que sufrían de ansiedad ante la muerte en un consultorio medico particular en la Ciudad de Puebla, México. Los 249 respondieron contestando en una escala tipo Likert de cinco puntos. Posteriormente se documentaron los resultados con la herramienta de SPSS para su análisis de validez y confiabilidad.

Después de obtener la escala final, se les aplicó la misma escala a 200 sujetos para seleccionar a los setenta y seis (76) pacientes que sufrían de ansiedad severa y moderada. Se asignó dieciséis (16) sujetos al grupo A₁ que recibió tratamiento de logoterapia, treinta (30) sujetos al grupo A₂ recibió apoyo psicológico, a los treinta (30) sujetos de grupo A₃ no hubo ningún estímulo y que se le consideró grupo control.

En el segundo lugar se aplicó en la etapa de preprueba, la Escala de Ansiedad ante la Muerte a los setenta y seis (76) pacientes seleccionados con ansiedad severa (B₁) y ansiedad moderada (B₂) que presentaban: (Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Insuficiencia Renal Aguda y Crónica, Cáncer de todas las etapas

excepto terminal; Enfermedades degenerativas como Parkinson, Alzheimer, Esclerosis Múltiple, Esclerosis Lateral Amiotrofica etcétera, y otras como Esterilidad e Infertilidad). Se establecieron cinco sesiones de logoterapia (una sesión por semana) como tratamiento para el grupo experimental A₁, mientras el grupo A₂ siguió con el apoyo psicológico que consistió en las técnicas de autoayuda para controlar la ansiedad ante la muerte que se les dio durante dos sesiones de dos horas de pláticas y ejercicio para controlar la ansiedad ante la muerte y el grupo control no recibió ningún estímulo durante este periodo experimental. Después del tratamiento logoterapéutico al grupo experimental A₁ y el apoyo psicológico al grupo A₂, se les aplicó la misma Escala de Ansiedad ante la Muerte en la postprueba a todos los setenta y seis (76) pacientes de los tres grupos (A₁, A₂ y A₃) para saber si hubo diferencias entre ellos y comprobar a través de los resultados si la logoterapia logró ser el mejor método psicoterapéutico para el mejoramiento de sentido de vida de la ansiedad ante la muerte. El Análisis de Varianza de un Factor (ANOVA de un Factor) y la prueba t de Student se utilizaron para el análisis cuantitativo de los datos obtenidos en las pre y post pruebas de los tres grupos.

CAPITULO 4

METODOLOGÍA CUALITATIVA

4.1 JUSTIFICACIÓN

Strauss y Corbin, Nau (1995) y Gehart, Ratliff y Lyle (2000) plantean que es posible utilizar tanto el paradigma cuantitativo como el cualitativo en un mismo proyecto de investigación. Para lograr una riqueza mayor de conocimientos, las explicaciones causales que se apoyan en análisis estadísticos deben complementarse con explicaciones acerca del “significado” que tienen las cosas y las acciones para ser humano Martinez (1999).

En esta investigación se combinaron el paradigma cuantitativo con el cualitativo para conocer y comprender a profundidad las respuestas y el significado que los sujetos (pacientes) tienen sobre la ansiedad ante la muerte.

4.2 TIPO DE ESTUDIO

En el presente estudio se eligió el método hermenéutico (Bonilla y García, 2000), que utiliza la técnica de redes semánticas para investigar la ansiedad ante la muerte. Las redes semánticas constituyen procedimientos de representación de las unidades cognitivas almacenadas en la memoria que conforman el conjunto de conocimientos declarativos. Es una técnica para llegar a conocer y medir el significado de cualquier concepto, sirve para saber como se representa e integra el significado en la persona. Permite lograr una exploración a la estructura del significado psicológico que comparten los integrantes de un grupo social en cuanto algún evento determinado. El significado psicológico, es la unidad fundamental en la organización cognoscitiva, compuesta por elementos afectivos y cognitivos, que crea un código subjetivo de reacción, el cual refleja la imagen del universo que tiene la persona de su cultura subjetiva. La red permite también obtener información sobre estudios de representación social, opinión pública, actitudes, etc., el sujeto genera y jerarquiza una lista de palabras definidoras de un concepto central (nodos), generalmente se le pide 10 palabras. Mientras más, estudios mejor conocimientos (Figuroa, 1981; Glesne, 1998). Son muchos los trabajos donde se han representado las estructuras de conocimiento que tienen los sujetos en distintos dominios de conocimiento, en forma de redes semánticas (Woods, 1975; Posner, 1978; Leinhardt y Smith, 1985; Shuell, 1985; Driver, 1989; Donald, 1987; Driver, Guesne y Tiberghien (1989); Dijkstra, 1988, 1990). Todas las teorías de la memoria semántica consideran algún tipo de representación de los contenidos cognitivos almacenados en la memoria. Donald, (1987), Anderson (1987) y Frederiksen y Breuleux, (1990) han establecido algunas normas y procedimientos para llevar a cabo estas representaciones. Los estudios sobre redes semánticas ayudan a describir la estructura cognitiva de los sujetos a través de redes de conceptos interrelacionados ubicados en la memoria (Anderson y Gagné 1987). Con el objetivo de examinar el problema de la ansiedad ante la muerte, obtener información sobre la ansiedad (Glesne, 1998), se realizó una entrevista a cada uno de los pacientes consistiendo en los siguientes: nombre, sexo, edad, grado escolar, profesión, estado

civil, lugar de origen, religión y la realización del familiograma trigeneracional, apoyada con la técnica de redes semánticas establecida pidiéndoles a los sujetos que escriban las diez primeras palabras que les vengan a la mente relacionadas con el significado “**ANSIEDAD ANTE LA MUERTE**”. Por último, se les pidió que enumeraran las respuestas del **1** a **10** en los cuadros que aparecieron a la izquierda de cada palabra, tomando como **1** la respuesta más importante y así sucesivamente hasta llegar a **10** como la respuesta menos importante (Bonilla y García, 2000).

4.3 EJES TEMATICOS

Conocer el significado de la ansiedad ante la muerte a través de ansiedad, depresión, dolor y miedo:

4.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA

En el paradigma cualitativo el número de sujetos no es lo más importante, sino el potencial informativo que cada caso brinda pues no se gana más poder al incrementar el tamaño de la muestra; lo que se busca es alcanzar la “saturación”. Esto implica llegar a un punto en donde más personas ya no brindan información nueva (Kvale, 1996; Taylor y Bogdan, 1992 y Martínez, 1999).

4.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó una técnica de recolección de datos: las redes semánticas de 76 sujetos de los tres grupos (experimental, apoyo psicológico y control) y los mismos pacientes para las entrevistas estructuradas a profundidad (una por persona a 76 pacientes mismos que participaron en la investigación) consistiendo en los siguientes: nombre, sexo, edad, grado escolar, grado escolar, profesión, estado civil, lugar de origen, religión y la familiograma trigeneracional. Se describe el uso de las redes semánticas en el subcapítulo de tipo de estudio (4.2).

Las entrevistas estructuradas son encuentros cara a cara entre el investigador y los entrevistados. Su función principal es la estandarización del proceso del entrevistador a través de un cuestionario, se utiliza sobre todo para verificar teorías existentes o las hipótesis que se derivan de ellas. Es recomendable en la aplicación de grandes grupos mediante la prueba formal de las hipótesis (Bonilla y Garcia, 2002).

CAPITULO 5

RESULTADOS CUANTITATIVOS

5.1. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

5.1.1 CUESTIONARIO DE LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

Con el fin de obtener un instrumento valido y confiable de 25 reactivos a los pacientes con ansiedad ante la muerte se aplicó 83 reactivos a 249 sujetos (un reactivo por tres sujetos) que llegaron a un consultorio medico particular en la Ciudad de Puebla. El instrumento se presenta como una escala de valoración de cinco puntos, medida de totalmente de acuerdo, de acuerdo, neutro, desacuerdo y totalmente en desacuerdo. Estas variables se han codificado desde el inicio asignando valores numéricos del 1 al 5 a cada una de las opciones de respuesta, que se corresponden con: Totalmente de acuerdo (1), De acuerdo (2), Neutro (3), En desacuerdo (4) y Totalmente en desacuerdo (5). Sin embargo algunas variables fueron recodificadas de las siguientes maneras: 1=5; 2=4; 3=3; 4=2 y 5=1, ya que algunos reactivos eran de carácter positivo y otros de negativo.

5.1.2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA PILOTO

El estudio se ha basado en la recogida de los datos de sujetos enfermos. Un total de 249 sujetos respondieron a un cuestionario de 83 reactivos a obtener un instrumento valido y confiable para estudiar y evaluar respectivamente a los pacientes con ansiedad ante la muerte. Los sujetos encuestados llegaban a un consultorio médico particular en la Ciudad de Puebla en la búsqueda del mejor sentido y calidad de vida. Por lo tanto, los criterios para la elección de los sujetos fueron simplemente la facilidad de acceso a los mismos y su condición de estar recibiendo tratamiento médico.

Como se puede observar en los siguientes cuadros de (sexo, edad y escolaridad), de estos 249 sujetos que cumplimentaron el cuestionario, 94 eran hombres (37.8%) y 155 eran mujeres (62.2%). Las edades de los sujetos estaban comprendidas entre los 16 y los 81 años con una media de 43.04 y desviación estándar de 11.61 y finalmente la escolaridad fue primaria de 50 sujetos (20.1%), secundaria de 48 sujetos (19.3%), preparatoria de 64 sujetos (25.7%) y universidad o profesional de 87 sujetos (34.9%). (Ver Tablas: 1, 2 y 3).

Tabla 1 “Porcentaje de Sexo de los sujetos”

SEXO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido HOMBRES	94	37.8	37.8	37.8
MUJERES	155	62.2	62.2	100.0
Total	249	100.0	100.0	

Tabla 2 “promedio de edad de los sujetos”

Estadísticas Descriptivas					
	N	Minimo	Maximo	Media	Desviación Estandar
EDAD	249	16	81	43.04	11.61
Lista de valores (validos)	249				

Tabla 3 “porcentaje de Escolaridad de los sujetos”

Escolaridad					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	PRIMARIA	50	20.1	20.1	20.1
	SECUNDARIA	48	19.3	19.3	39.4
	PREPARATORIA	64	25.7	25.7	65.1
	PROFESIÓN	87	34.9	34.9	100.0
	Total	249	100.0	100.0	

5.2 ANÁLISIS DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.

El análisis de los datos recogidos se ha llevado a cabo a partir del análisis estadísticos de los mismos, utilizando para ello el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 10.1), es decir, ha bastado una codificación numérica y la utilización de estadísticos descriptivos simples y análisis factorial.

Se realizó un análisis factorial exploratorio, con rotación varimax y componentes principales, para identificar la estructura subyacente (diferentes dimensiones de ansiedad ante la muerte) del instrumento y finalmente extraer los mejores reactivos de cada factor. Y un análisis de confiabilidad de Alfa de Cronbach para la escala final.

5.3 INDICADORES DE ADECUACIÓN AL ANÁLISIS FACTORIAL

En esta prueba piloto, la extracción factorial requiere la verificación de relaciones entre las variables de estudio. Premisa que exigió por tanto, una primera observación de la matriz de correlaciones para considerar los reactivos al seleccionar y la aplicabilidad de procesos factoriales posteriores.

Estas primeras apreciaciones deben completarse con los resultados de otros indicadores de adecuación. Se aplican así, la prueba de esfericidad de Bartlett (para estudiar la probabilidad de correlato entre correlaciones empíricas y reales); el test de adecuación de muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin (a partir del valor negativo del coeficiente de correlación parcial o correlación anti-imagen) con la catalogación de valores de KMA establecida por Kaiser (1974); y la medida de adecuación de muestreo (MSA) para cada variable individual, además de la apreciación de conjunto anterior obtenida por KMA.

El test de Esfericidad de Bartlett se utiliza para probar la Hipótesis Nula que afirma que las variables no están correlacionadas en la población. Es decir, comprueba si la matriz de correlaciones es una matriz de identidad. Se puede dar como válidos a aquellos resultados que presenten un valor elevado de test y cuya fiabilidad sea menor a 0.05. En este caso se rechaza la Hipótesis Nula y se continúa con el Análisis (Gómez, 1985). Así mismo el Índice Kaiser-Meyer-Olkin, mide la adecuación de la muestra. Indica qué tan apropiado es aplicar el Análisis Factorial.

En esta prueba piloto, se ha obtenido una buena medida de adecuación de muestreo (0.804), según el estadístico de Kaiser-Meyer-Olkin. El valor obtenido (como se puede observa en el cuadro de KMO y Test de Bartlett a continuación) entra en la catalogación “**meritoria**” de la escala de Kaiser (1974) que atribuye esta valoración a las medidas próximas a: **maravillosa** a 0.90; **meritoria** a 0.80; **medianas** a 0.70, **mediocre** a 0.60 e **inaceptables** a 0.50).

El test de esfericidad de Bartlett arroja un valor de 9324.726, con un grado de significación 0.000. Un valor alto del estadístico para un nivel asociado de significación pequeño hace poco probable el supuesto de que la matriz de correlaciones reales (de la población) sea una identidad. Rechazada esta hipótesis (por los valores del estadístico y significación) es factible la utilización de modelo factorial (es posible continuar con el Análisis Factorial). También hay que hacer referencia a la escasa significación de valores por encima de 0.09 en la matriz de correlaciones anti-imagen, entendiendo la verificación contraria (proporción elevada de coeficientes altos) como inadecuada para la factorización.

Tabla 4:

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		.804
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	9324.726
	gl	3403
	Sig.	.000

Efectuadas estas primeras aproximaciones a la salida estadística factorial, puede establecerse sin ambigüedades la viabilidad de los procedimientos de factorización para obtener los 25 reactivos finales para el estudio y valoración posteriores, una vez que la verificación de correlaciones y los resultados de los indicadores de adecuación han resultado concluyentes.

5.3.1 EXTRACCIÓN FACTORIAL

Se dispone de muchos métodos para extraer los factores iniciales de la matriz de correlación. El más utilizado y que se emplea en este estudio es el de “Componentes Principales”. Este procedimiento busca el factor que explique la mayor cantidad de la varianza en la matriz de correlación. Este recibe el nombre de “factor principal”. Esta varianza explicada se resta de la matriz original produciéndose una matriz residual. Luego se extrae un segundo factor de esta matriz residual y así sucesivamente hasta que quede muy poca varianza que pueda explicarse. Los factores así extraídos no se correlacionan entre ellos, por esta razón se dice que estos factores son **ortogonales** (Gómez, 1985).

Es decir, pretende este ámbito del análisis la obtención del número de factores comunes con potencialidad para reproducir óptimamente las correlaciones observadas entre las variables. Para ello, se presume hipotéticamente el número mínimo de factores comunes necesarios, partiendo del factor común y considerando modelos con más de un factor hasta obviar la discrepancia encontrada entre modelo y datos (Tec y Fraser, 1995).

En este estudio de investigación se opta por el procedimiento de Análisis de Componentes Principales (PC). Este método presupone que no hay factores comunes y, por lo tanto, lo que interesa es simplificar la estructura de los datos, transformando las variables en unas pocas Componentes Principales, que serán combinaciones lineales de las variables, comprobando así, cuál es la estructura de dependencia y correlación que existe entre las variables y explican la mayor parte de la información que contienen dichas variables (Tec y Fraser, 1995).

5.3.1.1 ANÁLISIS FACTORIAL

Con frecuencia es difícil interpretar los factores iniciales, por lo tanto, la extracción inicial se rota con la finalidad de lograr una solución que facilite la interpretación. Hay dos sistemas básicos de rotación de factores: los métodos de rotación ortogonales (mantienen la independencia entre los factores rotados: varimax, quartimax y equamax) y los métodos de rotación no ortogonales: proporcionan nuevos factores rotados que guardan relación entre sí (Zanolo, 1989). En el presente estudio se aplicó los métodos de rotación ortogonales, específicamente el método de Rotación Varimax. En cuanto a la denominación que debe adjudicarse a los factores encontrados, esto es algo subjetivo y requiere de una combinación de intuición y conocimiento de las variables (McDaniel y Gates 1999). En lo que se refiere a cómo interpretar el “Gráfico de Factores” (Gráfico de Saturaciones), Grande y Abascal (1996) señalan las siguientes indicaciones generales:

- 1- Proximidades entre las variables: Dos o más variables muy correlacionadas positivamente se sitúan muy próximas. Dos o más variables muy correlacionadas negativamente están muy alejadas. Si son independientes, su distancia es del tipo medio
- 2- Cuanto más alejada esté una variable del origen en un plano factorial mayor es la calidad de representación sobre este plano.

El resultado inicial de los 83 reactivos, analizados con el Alfa de Cronbach estandarizada, fue de 0.8567 (.86).

5.3.1.2 VALIDEZ DE CONSTRUCTO

Se realizó un análisis factorial exploratorio con rotación Varimax y Componentes principales (extrae la menor cantidad de factores posibles de un conjunto de reactivos).

Se usaron los puntajes de Correlación Item-Total de cada reactivo, seleccionándose aquellos con valores superiores a 0.30.

En una segunda fase, y usando Análisis Factorial, se eliminaron otros reactivos, basándose en la carga factorial, eliminado aquellos, con cargas factoriales menores a 0.30 y aquellos que cargaron en ningún factor. También con este análisis y usando los puntajes de comunalidades, se eliminaron los reactivos con comunalidades inferiores a 0.40

El resultado final, deja una escala de 25 reactivos con una confiabilidad con un Alfa de Cronbach de 0.80.

En cuanto a la estructura, los resultados muestran una prueba de KMO de 0.876, y de esfericidad de Barlett de 2666.90 significancia de 0.000

La varianza total explicada queda formada por 4 factores que explican el 55.28%.

El factor uno se describe como: Ansiedad que explica el 17.75%

El factor dos se describe como: Dolor que explica el 16.36%

El factor tres se describe como: Depresión que explica el 13.78%

y el cuarto factor se describe como: Miedo que explica el 7.39%

Tabla 5 “Registro de las variables para cada factor de la escala final de 25 reactivos”

Factor Ansiedad	Factor Dolor	Factor Depresión	Factor Miedo
V2, V3, V4, V10, V13, V14, V15, V16 y V19.	V11, V12, V22, V23, V24 y V25.	V1, V5, V7, V8, V9, V17 y V18.	V6, V20 y V21.

5.3.1.3 CALIFICACIÓN POR FACTOR

Nota: La calificación de cada factor, depende del número de reactivos.

Tomando la escala original, se considera normal, cualquier puntaje (suma de calificaciones) menor o igual a los valores neutros (3 o menos) Ver tabla 2. Para calcular Niveles de moderado a severo se toman puntajes mayores a los valores neutros y divididos por la mitad, se asignan a la primera mitad el término moderado y al valor más alto el de severo

Tabla 6 “Calificación por factor de la escala final de 25 reactivos”

Factor Ansiedad	Factor Dolor	Factor Depresión	Factor Miedo
Normal De 27 o menos	Normal De 18 o menos	Normal 21 o menos	Normal 9 o menos
Moderada 28 a 36	Moderada 19 a 24	Moderada 22 a 28	Moderada 10 a 12
Severa 37 a 45	Severa 25 a 30	Severa 29 a 35	Severa 13 a 15

La aplicación final se hizo con 25 reactivos (versión corta del instrumento original, véase anexo II).

Tabla 7:**KMO y prueba de Bartlett**

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		.876
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	2666.900
	gl	300
	Sig.	.000

Tabla 8: Varianza total explicada de la Escala final de 25 reactivos (55.28%)

Compo nente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Sumas de rotación de la carga cuadrada		
	Total	% de varian za	% acumul ativo	Total	% de varian za	% acumul ativo	Total	% de varian za	% acumul ativo
1	6.983	27.931	27.931	6.983	27.931	27.931	4.438	17.750	17.750
2	2.802	11.207	39.138	2.802	11.207	39.138	4.091	16.363	34.113
3	2.776	11.105	50.243	2.776	11.105	50.243	3.445	13.779	47.892
4	1.260	5.039	55.282	1.260	5.039	55.282	1.847	7.390	55.282
5	1.019	4.076	59.358						
6	.862	3.448	62.806						
7	.848	3.394	66.199						
8	.772	3.087	69.287						
9	.722	2.888	72.175						
10	.703	2.813	74.988						
11	.645	2.579	77.567						
12	.635	2.541	80.109						
13	.584	2.336	82.445						
14	.576	2.303	84.748						
15	.491	1.962	86.711						
16	.483	1.931	88.641						
17	.437	1.747	90.388						
18	.398	1.593	91.981						
19	.376	1.506	93.486						
20	.372	1.488	94.975						
21	.323	1.293	96.267						
22	.300	1.199	97.466						
23	.244	.975	98.441						
24	.211	.843	99.284						
25	.179	.716	100.000						

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Tabla 9: “Matriz de componentes rotados de la Escala final (25 reactivos)”

	Componente			
	1	2	3	4
ME PREOCUPA MUCHO SI HAY VIDA O NO DESPUES DE MORIR	.782			
ME ANGUSTIA LA IDEA DE NO VOLVER A SENTIR NADA DESPUÈS DE LA MUERTE	.771			
ME ANGUSTIA ESTAR TOTALMENTE INMÒVIL DESPUÈS DE LA MUERTE	.702			
LA IDEA DE QUE ME ENCIERREN EN UN ATAÙD ME ANGUSTIA	.698			
ME PREOCUPA LA INSERTIDUMBRE DE NO SABER QUÈ OCURRE DESPUÈS DE LA MUERTE.	.658			
ME PREOCUPA EL AISLAMIENTO TOTAL DE LA MUERTE	.646			
ESTOY ALGO ANSIOSO RESPECTO A LO QUE OCURRE AL CURPO DESPUÈS DE LA MUERTE	.644			
ME ASUSTA DE QUE NO HAYA VIDA DESPUÈS DE LA MUERTE	.560			
LOS ATAÙDES ME PONEN ANSIOSO	.510			
INTENTO NO TENER QUE VER CON EL TEMA DE LA MUERTE		.869		
INTENTO NO PENSAR EN LA MUERTE		.862		
EVITO A TODA COSTA LOS PENSAMIENTOS SOBRE LA MUERTE		.834		
CUANDO EL PENSAMIENTO DE LA MUERTE ENTRA EN MI MENTE, INTENTO APARTARLO.		.798		
EVITO TOTALMENTE PENSAR EN LA MUERTE		.775		
PENSAR EN LA MUERTE ES UNA SITUACIÒN HORRIBLE.		.565		
SUFRIR DE CÀNCER ME ASUSTA PARTICULARMENTE			.771	
ME ANGUSTIA ESTRESARME POR UNA ENFERMEDAD LARGA			.706	
TENGO MIEDO DE MORIR MUY LENTAMENTE			.698	
ME INQUIETE LA DEGENERACIÒN FISICA QUE IMPLICA UNA MUERTE LENTA			.634	
TENGO MIEDO A UNA MUERTE LARGA Y DOLOROSA			.630	
ME INQUIETA MORIR DE CÀNCER.			.625	
ME ASUSTA MORIR EN UN INCENDIO			.569	
TENGO MIEDO A MORIR VIOLENTAMENTE				.624
EVITARÌA LA MUERTE A TODA COSTA				.616
ME ASUSTA CUMPLIR MIS METAS EN LA VIDA ANTES DE MORIR				.660

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
Método de rotación: Varimax con normalización de Kaiser.
4 componentes extraídos.

Figura 1 “Gráfico de sedimentación de 4 factores de la Escala final (25 reactivos)”

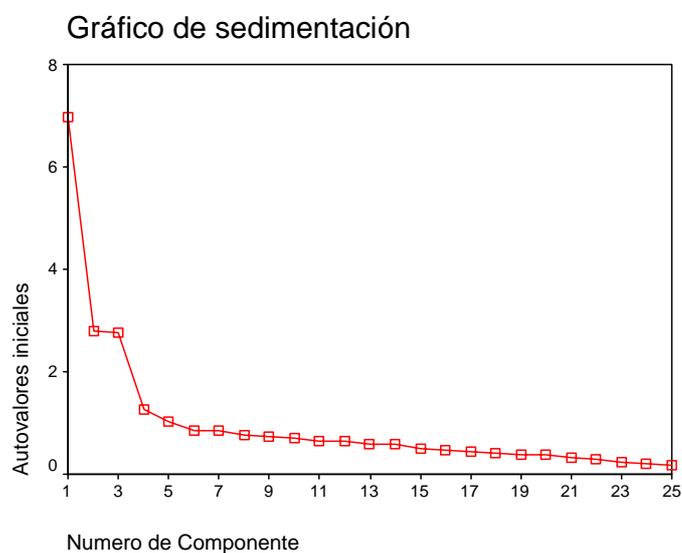


Figura 1: La gráfica de sedimentación sugiere que cuatro (4) factores explican la principal varianza significativa en la matriz de correlaciones.

5.4 RESULTADOS CUANTITATIVOS DE PRE Y POST PRUEBAS

5.4.1 RESULTADOS POR GRUPO

Los grupos quedaron conformados de la siguiente manera (ver tabla 10):

Tabla 10 “Porcentaje de sujetos por grupo”

Tipo de Grupo				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Grupo Experimental	16	21.1	21.1	21.1
Grupo Apoyo psicologico	30	39.5	39.5	60.5
Grupo Control	30	39.5	39.5	100.0
Total	76	100.0	100.0	

El género de los sujetos quedó distribuido de la siguiente manera; para la muestra total, fue de 42.1% Hombres y 57.9% Mujeres. En cuanto al interior de los grupos, la distribución quedó de la siguiente manera.

Tabla 11 “Porcentaje de sexo por grupo”

		Género del sujeto			
Tipo de Grupo		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Grupo Experimental	HOMBRE	8	50.0	50.0	50.0
	MUJER	8	50.0	50.0	100.0
	Total	16	100.0	100.0	
Grupo Apoyo psicologico	HOMBRE	11	36.7	36.7	36.7
	MUJER	19	63.3	63.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	
Grupo Control	HOMBRE	13	43.3	43.3	43.3
	MUJER	17	56.7	56.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

El promedio de Edad de toda la muestra es de 44 años, con una desviación estándar de 13.1 años. Ver tabla 12.

Tabla 12 “Promedio de edad de los sujeto”
Estadística Descriptiva

	N	Minimo	Maximo	Media	Desviación Estandar
EDAD	76	16.00	65.00	44.1053	13.0747
Lista de valores (validos)	76				

Estadística: La edad con mayor frecuencia es 48 con 5 sujetos

Edad del sujeto

N	Valido	76
	Perdido	0

Tabla 13 "Frecuencia de la edad de los sujetos"

	Frecuencia	Porcentaje
Valido 16.00	2	2.6
17.00	1	1.3
18.00	1	1.3
19.00	1	1.3
23.00	1	1.3
24.00	1	1.3
25.00	1	1.3
26.00	2	2.6
29.00	1	1.3
30.00	1	1.3
31.00	2	2.6
32.00	1	1.3
33.00	2	2.6
35.00	1	1.3
36.00	2	2.6
37.00	1	1.3
38.00	3	3.9
39.00	2	2.6
40.00	2	2.6
41.00	4	5.3
42.00	2	2.6
43.00	1	1.3
44.00	1	1.3
45.00	4	5.3
46.00	1	1.3
47.00	1	1.3
48.00	5	6.6
49.00	1	1.3
50.00	1	1.3
51.00	2	2.6
52.00	1	1.3
53.00	1	1.3
54.00	4	5.3
56.00	3	3.9
57.00	1	1.3
58.00	5	6.6
59.00	1	1.3
60.00	2	2.6
61.00	1	1.3
62.00	1	1.3
63.00	2	2.6
64.00	1	1.3
65.00	2	2.6
Total	76	100.0

La edad por grupo quedó de la siguiente manera: Grupo Experimental con una media de 41.13; desviación estándar (DE) de 12.26; Grupo Apoyo psicológico con una media de 46.6 y DE de 14.08 y Grupo Control con una media de 43.20 y DE de 12.41. Ver tabla 14.

Tabla 14 “Promedio de edad de los sujetos por grupo

Estadística descriptiva

Descriptive Statistics

Tipo de Grupo		N	Minimo	Maximo	Media	Desviación estandar
Grupo Experimental	Edad del sujeto	16	23.00	60.00	41.1250	12.2577
	Lista de casos validos	16				
Grupo Apoyo psicologico	Edad del sujeto	30	16.00	65.00	46.6000	14.0825
	Lista de casos validos	30				
Grupo Control	Edad del sujeto	30	17.00	64.00	43.2000	12.4052
	Lista de casos validos	30				

La escolaridad de la muestra total está en su mayoría centrada en Primaria y Profesional (35.5% y 30.3% respectivamente). Ver tabla 15.

Tabla 15 “Porcentaje de escolaridad de los sujetos”

Escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
PRIMARIA	27	35.5	35.5	35.5
SECUNDARIA	12	15.8	15.8	51.3
PREPARATORIA	14	18.4	18.4	69.7
PROFESIONAL	23	30.3	30.3	100.0
Total	76	100.0	100.0	

Tabla 16 “Porcentaje de Escolaridad de los sujetos por grupo”

			Escolaridad			
Tipo de Grupo			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valida	Porcentaje acumulado
Grupo Experimental	Valido	PRIMARIA	5	31.3	31.3	31.3
		SECUNDARIA	1	6.3	6.3	37.5
		PREPARATORIA	1	6.3	6.3	43.8
		PROFESIONAL	9	56.3	56.3	100.0
		Total	16	100.0	100.0	
Grupo Apoyo psicologico	Valido	PRIMARIA	13	43.3	43.3	43.3
		SECUNDARIA	7	23.3	23.3	66.7
		PREPARATORIA	5	16.7	16.7	83.3
		PROFESIONAL	5	16.7	16.7	100.0
		Total	30	100.0	100.0	
Grupo Control	Valido	PRIMARIA	9	30.0	30.0	30.0
		SECUNDARIA	4	13.3	13.3	43.3
		PREPARATORIA	8	26.7	26.7	70.0
		PROFESIONAL	9	30.0	30.0	100.0
		Total	30	100.0	100.0	

Por otra parte la distribución del tipo de enfermedad por grupo es la siguiente. Ver tabla 17

Tabla 17 "Porcentaje de sujetos por tipo de enfermedad y grupo"

Tipo de Grupo			Frecuencia	Porcentaje		
Grupo Experimental	Valido	DIABETES MELLITUS	4	25.0		
		DIABETES MELLITUS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA	1	6.3		
		CANCER DE TODOS LOS TIPOS	2	12.5		
		ARTRITIS REUMATOIDE AGUDA Y CRONICA	1	6.3		
		ESCLEROSIS (MULTIPLE Y LATERAL AMIOTROFICA)	1	6.3		
		ALTERACION DEL SISTEMA NERVIOSO(EPILEPSIA, ANSIEDAD,ETC	3	18.8		
		INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y CRONICA	1	6.3		
		PAPILOMATOSIS	2	12.5		
		DERMATOMIOSITIS	1	6.3		
		Total	16	100.0		
		Grupo Apoyo psicologico	Valido	DIABETES MELLITUS	4	13.3
				HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA	6	20.0
				DIABETES MELLITUS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA	2	6.7
				CANCER DE TODOS LOS TIPOS	5	16.7
INSUFICIENCIA CIRCULATORIA SANQUINEA	3			10.0		
ARTRITIS REUMATOIDE AGUDA Y CRONICA	5			16.7		
ALTERACION DEL SISTEMA NERVIOSO(EPILEPSIA, ANSIEDAD,ETC	2			6.7		
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y CRONICA	1			3.3		
LUPUS ERITEMATOSO	1			3.3		
ASMA	1			3.3		
Total	30			100.0		
Grupo Control	Valido			DIABETES MELLITUS	9	30.0
				HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA	2	6.7
				DIABETES MELLITUS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA	1	3.3
		CANCER DE TODOS LOS TIPOS	3	10.0		
		INSUFICIENCIA CIRCULATORIA SANQUINEA	1	3.3		
		ARTRITIS REUMATOIDE AGUDA Y CRONICA	1	3.3		
		ALTERACION DEL SISTEMA NERVIOSO(EPILEPSIA, ANSIEDAD,ETC	1	3.3		
		INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y CRONICA	2	6.7		
		MENOPAUSIA	1	3.3		
		CIRROSIS HEPATICA	3	10.0		
		GASTRITIS	4	13.3		
		AMENOREA	1	3.3		
		OSTEOPOROSIS	1	3.3		
		Total	30	100.0		

5.5 RESULTADOS DE LA ESCALA

5.5.1 RESULTADOS DE LA ESCALA DE LA FASE DE PRETEST

En el primer análisis, se realizó una prueba de ANOVA de un factor en pretest, con el fin de comprobar que la ansiedad ante la muerte de todos los sujetos fuera similar. Los resultados muestran que no existen diferencias significativas entre el grupo experimental, apoyo psicológico y control antes del tratamiento. Concluyendo que los grupos tienen las mismas condiciones antes de cualquier intervención, $[F(2,73) = 0.402, p < 0.671]$. Ver tabla 18 y tabla 19.

Tabla 18 “Resultado de la prueba pretest de los tres grupos”

TOTALPRE

	N	Media	Desviación Estandar	Error Estandar	Intervalo de confianza al 95%		Minimo	Maximo
					Limite inferior	Limite superior		
Grupo Experimental	16	91.500	7.2388	1.8097	87.6427	95.3573	83.00	109.00
Grupo Apoyo psicologico	30	90.067	5.7171	1.0438	87.9319	92.2015	83.00	104.00
Grupo Control	30	89.800	6.3810	1.1650	87.4173	92.1827	83.00	109.00
Total	76	90.263	6.2682	.7190	88.8308	91.6955	83.00	109.00

Tabla 19 “Análisis de Levene y ANOVA para la prueba pretest”

TOTALPRE

Estadística de Levene	gl1	gl2	Sig.
.079	2	73	.924

ANOVA

TOTALPRE

	Sumas de los cuadrados	gl	Media cuadratica	F	Sig.
Entre Grupos	32.070	2	16.035	.402	.671
Intra Grupos	2914.667	73	39.927		
Total	2946.737	75			

5.5.2 RESULTADOS DE LA FASE PRE Y POSTEST DEL GRUPO EXPERIMENTAL

El planteamiento de hipótesis de trabajo número 1 fue la siguiente:

- Ho No existen diferencias significativas entre el grupo experimental antes y después de la exposición a la logoterapia.
 H1 Existen diferencias significativas entre el grupo experimental antes y después de la exposición a la logoterapia.

Se realizó un análisis de “t” de Student para muestras relacionadas, con el fin de comprobar que existieron diferencias significativas en la ansiedad ante la muerte después de la logoterapia.

Los resultados muestran que existieron diferencias significativas indicando que la media para la pre prueba (91.50) es significativamente mayor [$t(15) = 15.60$, $p < 0.000$] que para la postprueba (51.06). Ver Tabla 20.

Tabla 20 ‘Prueba t de Student para muestras relacionadas del grupo Experimental

Prueba T para Muestras relacionadas del grupo Experimental (PRE y POST)

		Media	N	Desviación Estandar	Error tipo de la media
Muestras apareadas	TOTALPRE	91.5000	16	7.2388	1.8097
	TOTAPOST	51.0625	16	6.1803	1.5451

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias de medias					t	gl	Sig. bilateral
	Media	Desviación Estandar	Error tipo de la media	Intervalo de confianza al 95%				
				Inferior	Superior			
TOTALPRE - TOTAPOST	40.44	10.3664	2.5916	34.9136	45.9614	15.603	15	.000

5.5.3 RESULTADOS DE LA FASE PRE Y POSTEST DEL GRUPO APOYO PSICOLOGICO

De la misma manera se realizó un análisis de “t” de Student para muestras relacionadas en el grupo de apoyo psicológico, con el fin de comprobar que existieron diferencias significativas en la ansiedad ante la muerte después de la intervención logoterapéutica.

Los resultados muestran que existieron diferencias significativas indicando que la media para la prueba pre (90.07) es significativamente mayor [$t(29) = 4.83$, $p = 0.000$] que para la prueba post (78.17). Ver Tabla 21

Tabla 21 “Prueba t de Student para muestras relacionadas del grupo Apoyo psicológico”

Prueba t de Student para muestras relacionadas del grupo Apoyo psicológico (PRE y-POST)

		Media	N	Desviación Estandar	Error tipo de la media
Muestras apareadas	TOTALPRE	90.0667	30	5.7171	1.0438
	TOTAPOST	78.1667	30	12.1175	2.2123

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencia de medias					t	gl	Sig. bilateral
	Media	Desviación Estandar	Error tipo de la media	Intervalo de confianza al 95%				
				Inferior	Superior			
TOTALPRE - TOTAPOST	11.90	13.4993	2.4646	6.8593	16.9407	4.83	29	.000

5.5.4 RESULTADOS DE LA FASE PRE Y POSTEST DEL GRUPO CONTROL

De la misma manera se realizó un análisis de “t” de Student para muestras relacionadas en el grupo control con el fin de comprobar si existieron diferencias significativas en la ansiedad ante la muerte aún sin intervención. El resultado mostró que la media para la prueba pre (89.80) es igual [$t(29) = -.072$, $p < 0.943$] que para la media de postprueba (89.93), no hubo diferencias significativas en las calificaciones de la muestra. Ver Tabla 22.

Tabla 22 “Prueba t de Student para muestras relacionadas del grupo Control”

Prueba t para muestras relacionadas del grupo Control (PRE y POST)

		Media	N	Desviación Estandar	Error tipo de la media
Muestras apareadas	TOTALPRE	89.8000	30	6.3810	1.1650
	TOTAPOST	89.9333	30	8.4402	1.5410

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencia de media					t	gl	Sig. bilateral
	Media	Desviación Estandar	Error tipo de la media	Intervalo de confianza al 95%				
				Inferior	Superior			
TOTALPRE - TOTAPOST	-.1333	10.1395	1.8512	-3.9195	3.6528	-.072	29	.943

5.5.5 RESULTADOS DE LA FASE POSTEST ENTRE LOS TRES GRUPOS (EXPERIMENTAL, APOYO PSICOLOGICO Y CONTROL)

El planteamiento de hipótesis de trabajo fue la siguiente:

Ho No existen diferencias significativas entre el grupo experimental con los grupos de apoyo psicológico y control.

Hi Existen diferencias significativas entre el grupo experimental con los grupos de apoyo psicológico y control.

Para comprobar esta hipótesis, se realizó una prueba de ANOVA de un factor con los resultados de la escala en la fase de postest. Los resultados muestran que existen diferencias significativas entre los tres grupos con una $[F(2,73) = 83.73, p < 0.000]$. Para identificar entre qué grupo existieron diferencias significativas se realizó una prueba posthoc de Scheffe, que mostró que existen diferencias entre todos grupos (con una $p < 0.000$ en todas las comparaciones) y el que tiene mayor ansiedad ante la muerte es el grupo control, seguido del grupo de apoyo psicológico y finalmente el grupo de logoterapia con los puntajes más bajos (normales). Posteriormente se realizó un análisis posthoc. Ver tabla 23.

Tabla 23 “Análisis de ANOVA para prueba post de los tres grupos (A₁, A₂ y A₃)”

Descriptivos

TOTAPOST

	N	Media	Desviación Estandar	Error de Desviación	Intervalo de confianza al 95%		Mínimo	Máximo
					Limite inferior	Limite superior		
Grupo Experimental	16	51.06	6.1803	1.5451	47.7693	54.3557	36.00	61.00
Grupo Apoyo psicologico	30	78.17	12.1175	2.2123	73.6419	82.6914	52.00	97.00
Grupo Control	30	89.93	8.4402	1.5410	86.7817	93.0850	67.00	104.00
Total	76	77.11	17.4047	1.9965	73.1281	81.0824	36.00	104.00

Prueba de homogeneidad de varianzas

TOTAPOST

Estadística de Levene	gl1	gl2	Sig.
7.362	2	73	.001

ANOVA

TOTAPOST

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadratica	F	Sig.
Entre Grupos	15822.187	2	7911.094	83.734	.000
Intra Grupos	6896.971	73	94.479		
Total	22719.158	75			

Prueba Post Hoc de Scheffé: Contrastes multivariados o Comparaciones multiples

Dependent Variable: TOTAPOST

Scheffe

Variable Dependiente	(J) Tipo de Grupo	Diferencia de medias	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Grupo Experimental	Grupo Apoyo psicologico	-27.1042	3.0090	.000	-34.6232	-19.5851
	Grupo Control	-38.8708	3.0090	.000	-46.3899	-31.3518
Grupo Apoyo psicologico	Grupo Experimental	27.1042	3.0090	.000	19.5851	34.6232
	Grupo Control	-11.7667	2.5097	.000	-18.0380	-5.4953
Grupo Control	Grupo Experimental	38.8708	3.0090	.000	31.3518	46.3899
	Grupo Apoyo psicologico	11.7667	2.5097	.000	5.4953	18.0380

La diferencia de las medias es significativa al nivel .05

5.5.6 RESULTADOS DE LAS FASES PRE Y POSTESTS ENTRE LOS CUATRO FACTORES DE LA ESCALA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE EN EL GRUPO EXPERIMENTAL.

El planteamiento de hipótesis de trabajo fue la siguiente:

Ho No existen diferencias significativas en el grupo experimental entre las pre y post de cada uno de los cuatro factores de la escala de ansiedad ante la muerte.

Hi Existen diferencias significativas en el grupo experimental entre las pre y post de cada uno de los cuatro factores de la escala de ansiedad ante la muerte.

Se realizó un análisis de “t” de Student para muestras relacionadas, con el fin de comprobar que existieron diferencias significativas en la ansiedad ante la muerte entre las fases pre y post de cada uno de los cuatro factores después de la logoterapia.

Los resultados muestran que existieron diferencias significativas entre pre y post en el factor ansiedad indicando que la media para la prueba pre (30) es significativamente mayor [$t(15) = 7.822, p < 0.000$] que para la prueba post (16.88); en el factor dolor, indica que la media para la prueba pre (19) es significativamente mayor [$t(15) = 6.695, p < 0.000$] que para la postprueba (12.31); en el factor depresión, indica que la media para la prueba pre (32.13) es significativamente mayor [$t(15) = 14.847, p < 0.000$] que para la prueba post (17.19) y finalmente en el factor miedo, indica que para la preprueba (10.38) es significativamente mayor [$t(15) = 15.237, p < 0.000$] que para la prueba post (4.69). Ver Tabla 24.

Tabla 24 “Resultados por factor del grupo Experimental en las pruebas pre y post”

Estadísticas de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación tipo	Error tipo de la media
Par 1	Factor Ansiedad-PRE	30.0000	16	4.6332	1.1583
	Factor Ansiedad-POST	16.8750	16	3.4809	.8702
Par 2	Factor Dolor-PRE	19.0000	16	2.5820	.6455
	Factor Dolor-Post	12.3125	16	2.6763	.6691
Par 3	Factor Depresión-PRE	32.1250	16	2.6552	.6638
	Factor Depresión-Post	17.1875	16	3.2704	.8176
Par 4	Factor Miedo-PRE	10.3750	16	1.4549	.3637
	Factor Miedo-Post	4.6875	16	1.1955	.2989

Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas					t	df	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación Estandar	Error de la media	95% intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Factor Ansiedad-PRE - Factor Ansiedad-POST	13.125	6.7119	1.6780	9.5485	16.7015	7.822	15	.000
Par 2	Factor Dolor-PRE - Factor Dolor-Post	6.6875	3.9953	.9988	4.5585	8.8165	6.695	15	.000
Par 3	Factor Depresión-PRE - Factor Depresión-Post	14.938	4.0244	1.0061	12.7930	17.0820	14.85	15	.000
Par 4	Factor Miedo-PRE - Factor Miedo-Post	5.6875	1.4930	.3733	4.8919	6.4831	15.24	15	.000

5.5.7 RESULTADOS DE LAS PRE Y POSTESTS ENTRE LOS CUATRO FACTORES DE LA ESCALA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE EN EL GRUPO DE APOYO PSICOLÓGICO.

El planteamiento de hipótesis de trabajo fue la siguiente:

Ho No existen diferencias significativas en el grupo de apoyo psicológico entre las pre y post de cada uno de los cuatro factores de la escala de ansiedad ante la muerte.

Hi Existen diferencias significativas en el grupo de apoyo psicológico entre la pre y post de cada uno de los cuatro factores de la escala de ansiedad ante la muerte.

De la misma forma se realizó un análisis de “t” de Student para muestras relacionadas, con el fin de comprobar que si o no existieron diferencias significativas en la ansiedad ante la muerte entre la pre y post de cada uno de los cuatro factores después de apoyo psicológico.

Los resultados muestran que no existieron diferencias significativas entre pre y post en el factor ansiedad indicando que la media para la prueba pre (27.50) no es significativamente mayor [$t(29) = 1.237, p < 0.226$] que para la prueba post (25.87); en el factor dolor, indica que la media para la prueba pre (20.53) no es significativamente mayor [$t(29) = 0.725, p < 0.474$] que para la postprueba (19.70); en el factor depresión, indica que la media para la prueba pre (31.80) es significativamente mayor [$t(29) = 5.559, p < 0.000$] que para la prueba post (23.77) y finalmente en el factor miedo, indica que la media para la preprueba (10.23) es significativamente mayor [$t(29) = 2.555, p < 0.016$] que para la prueba post (8.83). Ver tabla 25.

Tabla 25 “Resultados por factor del grupo Apoyo psicológico en las pruebas pre y post”

Estadística de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación tipo	Error tipo de la media
Par 1	Factor Ansiedad-PRE	27.5000	30	4.6144	.8425
	Factor Ansiedad-POST	25.8667	30	4.9947	.9119
Par 2	Factor Dolor-PRE	20.5333	30	3.1594	.5768
	Factor Dolor-Post	19.7000	30	4.9141	.8972
Par 3	Factor Depresión-PRE	31.8000	30	2.3253	.4245
	Factor Depresión-Post	23.7667	30	7.5689	1.3819
Par 4	Factor Miedo-PRE	10.2333	30	1.6955	.3096
	Factor Miedo-Post	8.8333	30	2.6533	.4844

Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación Estandar	Error tipo de la media	95% intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Factor Ansiedad-PRE - Factor Ansiedad-POST	1.6333	7.2325	1.3205	-1.0673	4.3340	1.237	29	.226
Par 2	Factor Dolor-PRE - Factor Dolor-Post	.8333	6.2922	1.1488	-1.5162	3.1829	.725	29	.474
Par 3	Factor Depresión-PRE - Factor Depresión-Post	8.0333	7.9154	1.4452	5.0777	10.9890	5.559	29	.000
Par 4	Factor Miedo-PRE - Factor Miedo-Post	1.4000	3.0011	.5479	.2794	2.5206	2.555	29	.016

CAPITULO 6

RESULTADOS CUALITATIVOS

6.1 RESULTADOS DESCRIPTIVOS

Se trabajó con una muestra conformada por 76 sujetos de ambos sexos con edades que oscilan de los 16 a los 65 años que presentaron ansiedad ante la muerte en un consultorio medico particular en la Ciudad de Puebla, Puebla. Se utilizó la técnica original de redes semánticas naturales (Figueroa, González y Solís, 1981; Valdez-Medina, 1998), que consistió en escribir las diez primeras palabras que les vinieran a la mente relacionadas con el significado “**ANSIEDAD ANTE LA MUERTE**”. Por último, se les pidió que enumeraran las respuestas del **1** a **10** en los cuadros que aparecen a la izquierda de cada palabra, tomando como **1** la respuesta más importante y así sucesivamente hasta llegar a **10** como la respuesta menos importante. La aplicación se llevó a cabo dentro de las salas de espera del consultorio de forma individual. El numero total de los hombres fue treinta y dos (32): cuatro (4) solteros y veintiocho (28) casados (42.1%); media de 18.57; edad promedio de 41.8 años y cuarenta y cuatro (44) mujeres: seis (6) solteras y treinta y siete (37) casadas y una (1) divorciada (57.9%); media de 25.54 y edad promedio de 44 años. Con respecto al tipo de enfermedad, siendo un buen indicador para conocer el grado de ansiedad ante la muerte de cada sujeto, en los hombres dos (2) de los cuatro (4) tuvieron cáncer, uno de dieciséis años de edad de Distrito Federal y el otro de diecinueve años de edad proveniente de la Ciudad de Puebla. Mientras tanto el resto dos (2) presentaron depresión, uno de ellos de dieciséis años de edad proveniente de estado de Morelos y el otro de dieciocho años de edad Puebla. El resto veintiocho (28) casados: uno (1) de treinta y ocho años de edad de Distrito Federal presentó esclerosis lateral amiotrofica; en el caso de la enfermedad de diabetes mellitas, pacientes provenientes de Puebla, cinco (5) de treinta y siete (37), treinta y ocho (38), cuarenta y dos (42), cuarenta y ocho (48) y sesenta (60) años de edad; uno (1) de treinta y nueve (39) años de edad de Tlaxcala; dos (2) de treinta (30) y treinta y seis años de edad respectivamente de Distrito Federal; dos (2) de cuarenta y dos (42) y de cincuenta y ocho (58) años de edad de Veracruz y finalmente uno (1) de cincuenta (50) años de edad de Oaxaca un total de once (11) sujetos con diabetes mellitus. En cuanto a la enfermedad de insuficiencia renal crónica, dos (2) de cuarenta y seis (46) y de cincuenta y ocho (58) años de edad de Puebla; uno (1) de cuarenta y nueve años de edad de Tlaxcala y finalmente otro (1) de treinta y cinco (35) años de edad de Veracruz con un total de cuatro (4) sujetos. Con la enfermedad de hipertensión arterial sistémica, dos (2) de treinta y nueve (39) y de cuarenta y cinco años de edad de Veracruz; uno (1) de sesenta un año de edad de Oaxaca y otro (1) de cincuenta y cuatro (54) años de edad de Puebla. De la enfermedad de cirrosis, hubo dos (2) sujetos de cuarenta y uno (41) y cuarenta y cinco (45) años de edad, ambos de Puebla. La gastritis presentó un solo (1) sujeto de cuarenta y un años (41) de edad proveniente de Tlaxcala a igual que la papilomatosis que presentó un sujeto de treinta y dos (32) años de edad originario de Tlaxcala y finalmente la artritis reumatoide presentó dos (2) pacientes de cuarenta y cuatro (44) y cincuenta y seis años de edad originarios de Veracruz y Distrito Federal respectivamente. Ver Tabla 1. En el caso de las mujeres respecto a la

enfermedad de diabetes mellitus, seis (6) de treinta y tres (33), cuarenta y cinco (45), cuarenta y ocho (48), cincuenta y siete (57) sesenta (60) y sesenta y cinco (65) años de edad proviene de Puebla; una (1) de cincuenta y ocho (58) años de D.F., dos (2) de cincuenta y cuatro (54) y sesenta y tres (63) años de Veracruz y una (1) de cuarenta y ocho años originaria de Tlaxcala. Respecto a la enfermedad de cancer hubo ocho (8) casos en total: tres (3) de veintiséis (26), cuarenta y ocho (48) y cincuenta y un (51) años de edad originarios de Puebla; dos (2) de diecisiete (17) y cuarenta (40) años de Distrito Federal; dos (2) de cincuenta y cuatro (54) y sesenta y cinco (65) años de Veracruz y una (1) de cincuenta y dos años de Tlaxcala. En el lugar de gastritis aguda hubo tres (3) casos de veintinueve (29), cuarenta y un (41) y cincuenta y seis (56) años todos originarios de Puebla. También hubo tres (3) de depresión de treinta y tres (33), veinticuatro (24) y cincuenta y ocho (58) años de Veracruz, Quintana roo y Distrito Federal respectivamente. Hubo dos (2) casos de Insuficiencia Renal Aguda (IRA), uno (1) de veinticinco y otro (1) de cincuenta y tres años de Puebla y Distrito Federal respectivamente. Así mismo, hubo dos (2) casos de Insuficiencia Renal Crónica (IRC), uno de cuarenta y cinco (45) años de Puebla y el otro de cincuenta y nueve (59) años de Morelos. En el caso de la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) hubo tres (3) sujetos de Puebla de cuarenta y un (41), cincuenta y ocho (58) y sesenta y dos (62) años. Mientras tanto, hubo un (1) solo caso de insomnio originaria de Puebla de veintitrés (23) años de edad. La artritis reumatoide no fue una excepción, hubo cuatro (4) casos: tres de cuarenta y tres (43), cincuenta y seis (56) y sesenta y tres (63) años todas de Puebla y una (1) de cuarenta y ocho (48) años de Distrito Federal. En la cirrosis hubo un (1) caso de cuarenta y tres (43) años originaria de Puebla. La dermatomiositis tuvo un (1) solo caso de cuarenta y un (41) años de Chiapas. La Lupus Eritematoso Sistemico presentó un (1) caso de treinta y ocho (38) y otro (1) caso de osteoporosis de sesenta y cuatro (64) años ambas de Puebla. En el caso de papilomatosis hubo un (1) caso de treinta y un años de Veracruz. El asma bronquial presentó un (1) caso de treinta y seis (36) años originaria de Distrito Federal y finalmente una (1) paciente de cuarenta y siete (47) años de Puebla presentó el síndrome de la menopausia. Ver Tabla 27.

Los ejes temáticos de la investigación cualitativa fueron los siguientes:

Conocer el significado de la ansiedad ante la muerte a través de ansiedad, depresión dolor y miedo:

- Ansiedad ante la muerte: definida como un estado emocional desagradable que experimenta el paciente ante un posible fallecimiento por su enfermedad, incluye, angustia, preocupación y tristeza (Feifel y Branscomb, 1973).
- Depresión ante la muerte: se entiende como una consecuencia provocada por la ansiedad ante la muerte que sufre el paciente a lo largo del padecimiento que a su vez provoca mal estado general, insomnio y anorexia (Gold y Chrousos, 1999).
- Dolor por la muerte: sensación desagradable, que causa sufrimiento o aflicción por la ansiedad ante la muerte (Gesser, Wong y Reker, 1987).
- Miedo a la muerte: es el temor que se sufre por la ansiedad ante la muerte. Generalmente se cree que el miedo a la muerte es universal y que su ausencia puede reflejar negación de la misma. Sin embargo, este miedo no es un constructo unitario y los asuntos relacionados con la muerte y el proceso de morir son complejos (Marshall, 1982).

TABLA 26
Distribución de los Sujetos Masculinos por Edad, Escolaridad, Estado Civil, Tipo de Enfermedad y Lugar de Origen

NO	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	TIPO DE ENFERMEDAD	LUGAR DE ORIGEN
1	38	Profesional	Casado	E.L.A.	D.F.
2	42	Profesional	Casado	Diabetes M	Puebla
3	39	Profesional	Casado	Diabetes M	Tlaxcala
4	37	Secundaria	Casado	Diabetes M	Puebla
5	56	Primaria	Casado	Artritis	D.F.
6	46	Profesional	Casado	I.R.C.	Puebla
7	32	Profesional	Casado	Papilomatosis	Tlaxcala
8	60	Primaria	Casado	Diabetes M	Puebla
9	54	Profesional	Casado	Depresión	Puebla
10	39	Secundaria	Casado	H.A.S.	Veracruz
11	51	Profesional	Casado	Artritis	D.F.
12	16	Secundaria	Soltero	Cancer	D.F.
13	16	Secundaria	Soltero	Depresión	Morelos
14	58	Primaria	Casado	I.R.C	Puebla
15	45	Preparatoria	Casado	H.A.S.	Veracruz
16	49	Preparatoria	Casado	I.R.C	Tlaxcala
17	61	Profesional	Casado	H.A.S.	Oaxaca
18	44	Profesional	Casado	Artritis	Veracruz
19	18	Preparatoria	Soltero	Depresión	Puebla
20	45	Secundaria	Casado	Cirrosis	Puebla
21	41	Primaria	Casado	Gastritis	Tlaxcala
22	30	Preparatoria	Casado	Diabetes	D.F.
23	19	Preparatoria	Soltero	Cancer	Puebla
24	38	Profesional	Casado	Diabetes M	Puebla
25	41	Profesional	Casado	Cirrosis	Puebla
26	48	Secundaria	Casado	Diabetes M	Puebla
27	54	Profesional	Casado	H.A.S.	Puebla
28	35	Secundaria	Casado	I.R.C.	Veracruz
29	42	Primaria	Casado	Diabetes m	Veracruz
30	58	Profesional	Casado	Diabetes m	Veracruz
31	36	Preparatoria	Casado	Diabetes m	D.F.
32	50	Profesional	Casado	Diabetes m	Oaxaca

NOTA:

E.L.A. = Esclerosis Lateral Amiotrofica

I.R.C = Insuficiencia Renal Crónica

Diabetes M = Diabetes Mellitas

H.A.S. = Hipertensión Arterial Sistémica

TABLA 27**Distribución de los Sujetos Femeninos por Edad, Escolaridad, Estado Civil, Tipo de Enfermedad y Lugar de Origen**

NO	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	TIPO DE ENFERMEDAD	LUGAR DE ORIGEN
1	23	Primaria	Soltera	Insomnio	Puebla
2	24	Profesional	Divorciada	Depresión	Quintana Roo
3	58	Primaria	Casada	Depresión	D.F.
4	41	Profesional	Casada	Dermatomiositis	Chiapas
5	26	Profesional	Casada	Cáncer	Puebla
6	57	Primaria	Casada	Diabetes M	Puebla
7	48	Preparatoria	Casada	Cáncer	Puebla
8	31	Profesional	Soltera	Papilomatosis	Veracruz
9	33	Secundaria	Casada	Diabetes m	Puebla
10	51	Primaria	Casada	Cáncer	Puebla
11	41	Secundaria	Casada	H.A.S.	Puebla
12	63	Primaria	Casada	Artritis	Puebla
13	48	Secundaria	Casada	Artritis	D.F.
14	38	Primaria	Casada	L.E.S.	Puebla
15	45	Primaria	Casada	I.R.C.	Puebla
16	54	Primaria	Casada	Cáncer	Veracruz
17	65	Primaria	Casada	Diabetes M	Puebla
18	36	Primaria	Casada	Asma bronquial	D.F.
19	65	Primaria	Casada	Cáncer	Veracruz
20	54	Preparatoria	Casada	Diabetes m	Veracruz
21	52	Preparatoria	Casada	Cáncer	Tlaxcala
22	25	Secundaria	Soltera	I.R.A.	Puebla
23	56	Primaria	Casada	Artritis	Puebla
24	62	Primaria	Casada	H.A.S.	Puebla
25	48	Primaria	Casada	Diabetes M	Tlaxcala
26	63	Primaria	Casada	Diabetes M	Veracruz
27	48	Profesional	Casada	Diabetes M	Puebla
28	47	Primaria	Casada	Menopausia	Puebla
29	59	Primaria	Casada	I.R.C.	Morelos
30	33	Secundaria	Casada	Depresión	Veracruz
31	40	Profesional	Casada	Cáncer	D.F.
32	17	Preparatoria	Soltera	Cáncer	D.F.
33	26	Profesional	Soltera	Amenorrea	Puebla
34	60	Secundaria	Casada	Diabetes M	Puebla
35	40	Primaria	Casada	Artritis	Puebla
36	43	Preparatoria	Casada	Cirrosis	Puebla
37	58	Primaria	Casada	H.A.S.	Puebla
38	58	Primaria	Casada	Diabetes m	D.F.
39	56	Primaria	Casada	Gastritis aguda	Puebla
40	41	Profesional	Casada	Gastritis aguda	Puebla
41	64	Preparatoria	Casada	Osteoporosis	Puebla
42	53	Preparatoria	Casada	I.R.A.	D.f.
43	29	Preparatoria	Soltera	Gastritis aguda	Puebla
44	45	Primaria	Casada	Diabetes M	Puebla

NOTA:

I.R.C = Insuficiencia Renal Crónica

Diabetes M = Diabetes Mellitas

H.A.S. = Hipertensión Arterial Sistémica

I.R.A. = Insuficiencia Renal Aguda

L.E.S. = Lupus Eritematoso Sistémico

Tabla 28

Valores ponderados de la definidora ansiedad ante la muerte: conjunto sam = 3,581 (todos los valores de m) y valor $j = 131$.

NO	DEFINIDORA	SEXO	EDAD	NO DE SUJETOS Y %	SUBTOTAL	TOTAL
1	Miedo	M	16-35 36-65	7 = 9.21% 25 = 32.89%	57 154 = 211	580
		F	16-35 36-65	11 =14.47% 33 =43.42%	125 244 =369	
2	Ansiedad	M	16-35 36-65	7 = 9.21% 25 = 32.89%	32 98 = 130	392
		F	16-35 36-65	11 =14.47% 33 =43.42%	102 160 = 262	
3	Dolor	M	16-35 36-65	7 = 9.21% 25 = 32.89%	67 88 = 155	304
		F	16-35 36-65	11 =14.47% 33 =43.42%	45 104 = 149	
4	Tristeza	M	16-35 36-65	7 = 9.21% 25 = 32.89%	38 51 =89	222
		F	16-35 36-65	11 =14.47% 33 =43.42%	49 84 =133	
5	Desesperación	M	16-35 36-65	7 = 9.21% 25 = 32.89%	28 42 =70	190
		F	16-35 36-65	11 =14.47% 33 =43.42%	39 81 =120	
6	Terror	M	16-35 36-65	7 = 9.21% 25 = 32.89%	23 35 =58	150
		F	16-35 36-65	11 =14.47% 33 =43.42%	25 67 =92	
7	Sufrimiento	M	16-35 36-65	7 = 9.21% 25 = 32.89%	12 32 =44	139
		F	16-35 36-65	11 =14.47% 33 =43.42%	19 76 = 95	
8	Preocupación	M	16-35 36-65	7 = 9.21% 25 = 32.89%	9 21 =30	91
		F	16-35 36-65	11 =14.47% 33 =43.42%	18 43 =61	
9	Llanto	M	16-35 36-65	7 = 9.21% 25 = 32.89%	8 17 =25	89
		F	16-35 36-65	11 =14.47% 33 =43.42%	19 45 = 64	
10	Depresión	M	16-35 36-65	7 = 9.21% 25 = 32.89%	6 18 = 24	83
		F	16-35 36-65	11 =14.47% 33 =43.42%	8 51 = 59	

NOTA: ejemplo del porcentaje: = 7 por 100 =700 entre 76 x % =9.21%

Tabla 29: Conjunto SAM de la ansiedad ante la muerte por sexo

HOMBRES	VALOR M	MUJERES	VALOR M
Miedo	211	Miedo	369
Ansiedad	130	Ansiedad	262
Dolor	155	Dolor	149
Tristeza	89	Tristeza	133
Desesperación	70	Desesperación	120
Terror	58	Terror	92
Sufrimiento	44	Sufrimiento	95
Preocupación	30	Preocupación	61
Llanto	25	Llanto	64
Depresión	24	Depresión	59
Soledad	50	Soledad	24
Valor J = 119		Valor J = 127	

Tabla 30: Dimensiones semánticas de la ansiedad ante la muerte en ambos sexos

ANSIEDAD	CREENCIAS	NATURALEZA	FORMAS DE DUELO	AFFECTOS
Miedo	Dios	Unión	Sufrimiento	Llanto
Angustia	Fe	Encuentro	Aceptación	Derrota
Dolor	Final	Recuerdos	Destrucción	Felicidad
Depresión	Eternidad	Libertad	Luto	Nostalgia
Terror	Paz	Paciencia	Adiós	Reflexión
Tristeza	Descanso	Asombro	Gastos	Insomnio
Frustración	Esperanza	Confianza	Venganza	Insatisfacción
Coraje	Libertad	Felicidad	Problemas	Amor
Agonía	Preparación	Ayuda	Trauma	Amistad
Pánico	Orden	Normal	Inquietud	Sinceridad
Desesperación	Milagro	Principio	Fuerza	Lealtad
Preocupación	Cambio	Paso	Ataúd	Sentimientos

6.2 RESULTADOS DEL CONJUNTO SAM Y DIMENSIONES SEMÁNTICAS DE LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE EN AMBOS SEXOS

De acuerdo con los resultados obtenidos se observó que las mujeres dieron más valor M de las palabras definitorias de miedo, ansiedad, tristeza, desesperación, terror, sufrimiento, preocupación, llanto y depresión; mientras tanto los hombres dieron más palabras definitorias de dolor y soledad.

Asimismo, de manera similar se encontraron para las mujeres 63.62% de miedo, 66.84% de ansiedad, 49.01% de dolor, 59.91% de tristeza, 63.16% de desesperación, 61.33% de terror, 68.35% de sufrimiento, 67.03% de preocupación, 71.91% y 71.08% de depresión en contraste a los hombres con los siguientes porcentajes: 36.38% de

miedo, 33.16% de ansiedad, 50.99% de dolor, 40.09% de tristeza, 36.84% desesperación, 38.67% de terror, 31.65% de sufrimiento, 32.97% de preocupación, 28:09% de llanto y finalmente 28.925 de depresión. Cabe mencionar en este punto que

los factores ansiedad, dolor, depresión y miedo componen la Escala de la Ansiedad ante la Muerte (EAM) de esta investigación.

Respecto de la definición encontrada para miedo, ambos sexos consideraron importante referirse a ella, con base en la forma de sentir la muerte y los afectos relacionados. En ambos sexos la definieron con conceptos propios de la naturaleza. (ver tablas 28 y 29).

Con la finalidad de no perder tan rica información y el sentido original de la misma, se realizó una asociación de forma cualitativa del total de palabras definitorias aportadas por los sujetos, a partir de un análisis, miedo, angustia, dolor, depresión, terror, tristeza, frustración, coraje, agonía, pánico, desesperación y preocupación así las dimensiones semánticas que para el término ansiedad fueron doce, tanto en hombres como en mujeres. En ambos sexos las dimensiones comunes se refieren a aspectos de ansiedad, creencias, naturaleza, la forma de afrontar el duelo y afectos. Para los hombres, son relevantes los aspectos dolor y soledad, mientras que para las mujeres lo fueron el miedo, ansiedad, tristeza, desesperación terror, sufrimiento, preocupación llanto y depresión. Referente al término creencias, tanto hombres como mujeres utilizan en su definición sentimientos de fe en Dios, fin, eternidad, paz, descanso, esperanza, libertad, preparación, orden, milagro y cambio.

CAPITULO 7

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el presente trabajo de investigación, se desarrolló un instrumento válido y confiable que estudió y evaluó respectivamente a los pacientes con ansiedad ante la muerte (denominada Escala de Ansiedad ante la Muerte: EAM) que fue construida por primera vez en México, a partir de su aplicación a la muestra de esta investigación. En primer lugar, se aplicó una escala de ansiedad ante la muerte para estudio piloto de 83 reactivos a doscientos cuarenta y nueve (249) sujetos, noventa y cuatro (94) hombres (37.8%) y ciento cincuenta y cinco (155) mujeres (62.2%), un reactivo por tres sujetos con el objetivo de obtener un instrumento final de veinticinco reactivos. El instrumento se presentó como una escala de valoración de cinco puntos, medida de totalmente de acuerdo, de acuerdo, neutro, desacuerdo y totalmente en desacuerdo. Estas variables fueron codificadas desde el inicio asignando valores numéricos del 1 al 5 a cada una de las opciones de respuesta, que se correspondieron con: Totalmente de acuerdo (1), De acuerdo (2), Neutro (3), En desacuerdo (4) y Totalmente en desacuerdo (5). Sin embargo, algunas variables fueron recodificadas de las siguientes maneras: 1=5; 2=4; 3=3; 4=2 y 5=1, ya que algunos reactivos eran de carácter positivo y otros de negativo. No se incluyeron los criterios de inclusión y exclusión en el estudio piloto.

El análisis de los datos recogidos se ha llevado a cabo a partir de los análisis estadísticos de los mismos, utilizando para ello el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 10.1). Se realizó un análisis factorial exploratorio, con rotación varimax y componentes principales, para identificar la estructura subyacente (diferentes dimensiones de ansiedad ante la muerte) del instrumento y finalmente extraer los mejores reactivos de cada factor. Y un análisis de confiabilidad de Alfa de Cronbach para la escala final. El resultado inicial de los 83 reactivos, analizados con el Alfa de Cronbach estandarizada, fue de 0.8567 (.86).

Para la validez de constructo, se realizó un análisis factorial exploratorio con rotación Varimax y Componentes principales. Con la intención de dejar una escala de veinticinco (25) reactivos se usaron los puntajes de Correlación Item-Total de cada reactivo, seleccionándose aquellos con valores superiores a 0.30.

En una segunda fase, y usando Análisis Factorial, se eliminaron otros reactivos, basándose en la carga factorial, eliminado aquellos, con cargas factoriales menores a 0.30 y aquellos que cargaron en ningún factor. También con este análisis y usando los puntajes de comunalidades, se eliminaron los reactivos con comunalidades inferiores a 0.40.

El resultado final, dejó una escala de 25 reactivos con una confiabilidad con un Alfa de Cronbach de 0.80. En cuanto a la estructura, los resultados muestran una prueba de KMO de 0.876, y de esfericidad de Barlett de 2666.90 significancia de 0.000. La varianza total explicada queda formada por 4 factores que explican el 55.28%. El factor uno se describe como: Ansiedad que explica el 17.75%; el factor dos se describe como: Dolor que explica el 16.36%; el factor tres se describe como: Depresión que explica el 13.78% y el cuarto factor se describe como: Miedo que explica el 7.39%.

Finalmente se aplicó la Escala de Ansiedad ante la Muerte (EAM) a setenta y seis (76) sujetos que cursaban con ansiedad severa o moderada ante la muerte por diferentes tipos de enfermedades en la pre prueba y los resultados mostraron que no existieron diferencias significativas entre los tres grupos (experimental, apoyo psicológico y control): $F(2,73) = 0.402$, $p < 0.671$. Después de terminar el tratamiento

logoterapéutico de cinco sesiones, una por semana a los dieciséis (16) sujetos del grupo experimental (A₁) y las pláticas que consistieron en las técnicas de autoayuda de dos sesiones, dos horas por cada una a los treinta (30) sujetos del grupo apoyo psicológico y sin ninguna manipulación a los treinta (30) pacientes del grupo control, se les aplicó la misma escala de nuevo a los setenta y seis (76) sujetos de los tres grupos (experimental, apoyo psicológico y control) en la postprueba.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, hubo cambios significativos entre las pre y post pruebas del grupo experimental. Los resultados muestran que existieron diferencias significativas indicando que la media para la pre prueba (91.50) es significativamente mayor [$t(15) = 15.60, p < 0.00$] que para la postprueba (51.06) en la calificación de la escala de ansiedad ante la muerte, disminuyendo la ansiedad, después de la logoterapia; comprobando con esto, que la logoterapia es efectiva para mejorar la ansiedad ante la muerte. La búsqueda por parte del hombre de sentido de la vida constituye una fuerza primaria y no una “racionalización secundaria” de sus impulsos instintivos. En este sentido es único y específico en cuanto es uno mismo y uno solo quien tiene que encontrarlo; únicamente así logra alcanzar el hombre un significado que satisfaga su propia voluntad de sentido. La voluntad de sentido para muchas personas es cuestión de hecho, no de fe. El sentido no es sólo algo que nace de la propia existencia, sino que hace frente a la existencia. Si ese sentido que espera ser realizado por el hombre no fuera nada más que la expresión de sí mismo o nada más que la proyección de un espejismo, perdería inmediatamente su carácter de exigencia y desafío; no podría motivar al hombre ni requerirle por más tiempo. No se inventa el sentido de la existencia, sino lo que se descubre. El hombre se ve arrastrado por los principios morales, lo que implícitamente se infiere es el hecho de que la voluntad interviene siempre: la voluntad del hombre para cumplir un sentido potencial o bien para perderlo. Nunca el hombre se ve impulsado a una conducta moral; en cada caso concreto decide actuar moralmente. No actúa así para satisfacer un impulso moral y tener una buena conciencia; lo hace por amor de una causa con la que se siente identificado, o por la persona que ama, o por la gloria de Dios Frankl (1999). Cómo se puede observar, cada uno encuentra su sentido vital en las cosas que realmente le importan. Todo esto tiene mucho que ver con un término que a los psicólogos les gusta mucho: el proyecto vital.

El ser humano es capaz de superarse en el lugar donde esté, con sus propias limitaciones, ambiente social y estado; estudiante, hijo, madre, profesionista, en que se encuentre. Platicar alguna experiencia donde se note un esfuerzo por mejorar; en la que se hayan vencido obstáculos. Los hombres son como estudiantes que deben esforzarse para lograr buenas notas en todas las asignaturas requeridas por la escuela. Y, finalmente, es la escuela la que decide si el nivel alcanzado por un estudiante es el deseado y si merece o no ser reconocido. Cuanto más bajas sean las notas del alumno, más alejado se encontrará del nivel deseado por la escuela. De igual manera, el valor de todas las cosas se mide de acuerdo a un patrón o modelo. La vida en el mundo físico es un periodo de preparación comparable al tiempo que el estudiante emplea en lograr buenas notas en sus estudios. Se emplea toda la vida en la tierra preparándose y luchando para conseguir buenas notas. Se vive cada día de la vida de acuerdo a una cierta medida. Y esta medida sigue un cierto estándar. Serían evaluados de acuerdo a ese estándar durante toda la vida en la tierra (Corbella, 1990).

Desde un punto de vista estrictamente individual, puede parecer que una cierta persona posee aspiraciones dignas. Pero ninguna aspiración individual puede ir más allá de la muerte. Se cree que es muy importante que la humanidad de hoy en día piense seriamente sobre esta cuestión. ¿Cómo se puede mantener una esperanza que no se

hunda frente a la muerte, sino que la trascienda? Todo lo que existe en este mundo desaparecerá algún día. Las familias, naciones e, incluso, el mundo mismo desaparecerán. Las ideologías y las filosofías también lo harán. ¿Qué es lo que quedará? Lo que quede, esa será la esperanza que podrá derrotar a la muerte. La evidencia de la muerte y de la ciega sucesión del tiempo no es camino, la muerte llega a todo hombre; por tanto, es asumida con tranquilidad. No obstante, dicha muerte significa los límites a que llega el ser humano al final de su destino.

De la misma manera, los resultados obtenidos entre la pre y postpruebas del grupo apoyo psicológico comprobaron que existieron diferencias significativas en la ansiedad ante la muerte indicando que la media para la prueba pre (90.07) es significativamente mayor [$t(29) = 4.83, p < 0.000$] que para la prueba post (78.17) en la calificación de la escala de ansiedad ante la muerte, disminuyendo la ansiedad, después del apoyo psicológico; comprobando con esto, que dicho apoyo es efectiva para mejorar la ansiedad ante la muerte. En la historia ha habido mucha gente que ha luchado por establecer la Voluntad de Dios. Estas personas no huyeron al enfrentarse a la muerte. Por el contrario, se rieron ante la muerte y, valientemente, fueron más allá de ella. Hay consciencia de que esas personas han preparado el camino al Cielo. ¿Qué clase de persona puede sentirse feliz incluso cuando está atravesando la cima de la muerte, el mismo momento que, a la gran mayoría, se produce el más profundo dolor? Esa clase de persona tiene profundamente arraigadas sus esperanzas y aspiraciones en el Cielo. Por esta razón, no se debe reprochar al mundo y lamentarse cuando se enfrenta a la muerte. En vez de ello, se debe sentir la alegría de presentarse ante el Cielo con orgullo, conscientes del valor de la muerte (Kübler-Ross, 1993). La existencia misma es una constante despedida; sin que se sepa y se siente, es un adiós que no se sabe en qué momento llegará, pero que es necesario tenerlo presente.

Siguiendo la misma ruta, en el grupo control no hubo diferencias significativas en la ansiedad ante la muerte entre las pre y postpruebas. El resultado mostró que la media para la prueba pre (89.80) es igual [$t(29) = -0.72, p < 0.943$] que para la media de postprueba (89.93), no hubo diferencias significativas en las calificaciones de la muestra. Indicando que la ansiedad ante la muerte no cambia a lo largo del tiempo. Desde esta óptica, hay que diferenciar lo que es la logoterapia y las técnicas de autoayuda aplicadas en esta investigación. Sin poder entrar a describir tales diferencias, lo que es evidente es que existen en cuanto son diversos los objetivos a alcanzar y los encuadres terapéuticos (tiempo, tipo de enfermedad, forma relacional etc).

Hubo diferencias significativas entre el grupo experimental con los grupos de apoyo psicológico y control. Para comprobar esta se realizó una prueba de ANOVA de un factor con los resultados de la escala en la fase de postest. Los resultados muestran que existen diferencias significativas entre los tres grupos con una [$F(2,73) = 83.73, p < 0.000$]. Para identificar entre qué grupo existieron diferencias significativas se realizó una prueba posthoc de Scheffe, que mostró que existen diferencias entre todos grupos (con una $p < .000$ en todas las comparaciones) y el que tiene mayor ansiedad ante la muerte es el grupo control, seguido del grupo de apoyo psicológico y finalmente el grupo de logoterapia con los puntajes más bajos (normales). Las actitudes frente a la idea de la muerte han ido variando a través del tiempo y en general por la logoterapia recibida en el grupo experimental y las técnicas de autoayuda del grupo apoyo psicológico. Pero también las actitudes se modifican a lo largo de la propia vida y en relación a la realidad socio - cultural de cada individuo, lo que le imprime un sello único.

Se intereso saber si hubo diferencias significativas en el grupo experimental entre las pre y post de cada uno de los cuatro factores de la escala de ansiedad ante la

muerte. Con el análisis de “t” de Student, los resultados mostraron que existieron diferencias significativas entre pre y post en el factor ansiedad indicando que la media para la prueba pre (30) es significativamente mayor [t (15) = 7.822, p < 0.000] que para la prueba post (16.88); en el factor dolor, indica que la media para la prueba pre (19) es significativamente mayor [t (15) = 6.695, p < 0.000] que para la postprueba (12.31); en el factor depresión, indica que la media para la prueba pre (32.13) es significativamente mayor [t(15) = 14.847, p < 0.000] que para la prueba post (17.19) y finalmente en el factor miedo, indica que para la preprueba (10.38) es significativamente mayor [t (15) = 15.237, p < 0.000] que para la prueba post (4.69). En conclusión, la logoterapia si mejoró la ansiedad en su totalidad ante la muerte en los paciente del grupo experimental. De igual forma los resultados entre las pre y post de cada uno de los factores de la escala de ansiedad ante la muerte en el grupo apoyo psicológico con el análisis de “t” de Student, los resultados mostraron que no existieron diferencias significativas entre pre y post en el factor ansiedad indicando que la media para la prueba pre (27.50) no es significativamente mayor [t (29) = 1.237, p < 0.226] que para la prueba post (25.87); en el factor dolor, indica que la media para la prueba pre (20.53) no es significativamente mayor [t (29) = 0.725, p < 0.474] que para la postprueba (19.70); en el factor depresión, indica que la media para la prueba pre (31.80) es significativamente mayor [t(29) = 5.559, p < 0.000] que para la prueba post (23.77) y finalmente en el factor miedo, indica que la media para la preprueba (10.23) es significativamente mayor [t (29) = 2.555, p < 0.016] que para la prueba post (8.83). En conclusión, el apoyo psicológico si mejoró ligeramente la ansiedad ante la muerte en los pacientes de dicho grupo.

Desear estar vivo es quizás la condición más importante, tener conciencia de que es posible vivir bien y no sólo sobrevivir y reconocer que cada día aparecen nuevos medicamentos que aumentan las expectativas de vida. Muchas personas que se dejan vencer mentalmente por la enfermedad declinan rápidamente hacia la muerte. No hay que negar que se tenga la enfermedad, y aunque algunas personas pretenden que no la tienen, ésta no es una actitud positiva. Ciertas personas enfermas, aún sin tener manifestaciones severas, adoptan una actitud negativa hacia la muerte, actúan como si el fin estuviera muy cerca, suspenden sus planes a largo plazo, empiezan a regalar sus cosas más queridas, disponen de ellas como si la muerte estuviera al pie de la cama. Pero en la mayoría de los casos no hay razón para actuar de esta manera (Braiere, 1984).

Ahora bien, a nadie se le puede decir cuál es su sentido, porque es diferente en cada persona y en cada momento. Con todo, es posible que existan avenidas conducentes a la realización del sentido, de carácter general. En primer lugar, se puede encontrar un sentido ante la ansiedad de la muerte, en el trabajo profesional o de otro tipo. En segundo lugar, a través del amor o la experiencia, de algo hermoso; la belleza, la verdad, el arte, la cultura; o la experiencia de otra persona en su carácter único, es decir, el amor. En esta investigación fue a través de la técnica de logoterapia. Además de encontrar un sentido en el trabajo y en el amor, hay otra forma, que otorga un profundo sentido al ser humano. Es el auténtico sufrimiento. Cuando hay un sufrimiento inevitable, lo importante es la actitud. Se puede actualizar aquí el máximo potencial humano: el convertir una tragedia personal en un triunfo.

En cuanto al aspecto cualitativo, es de notar que las mujeres tienen más conceptos para definir la ansiedad ante la muerte: las mujeres tienen más habilidad verbal para referirse a las emociones pues parece ser que ellas son más afectivas. Por eso resulta interesante que para los hombres los dos conceptos sean más relevantes: dolor y soledad (esto puede significar que los hombres engloban en estos conceptos toda la gama de emociones que las mujeres pueden distinguir).

Se siente sensible, dice la crisis (de cualquier origen). La sensibilidad revela el corazón humano, que enseñan su lección. Más allá de la crisis de sensibilidad, la auténtica sensibilidad despierta el amor, la solidaridad, el servidor en cada uno. Toda crisis es emergente porque en la sacudida sensibiliza la vida a un nuevo orden. La emergencia es la situación en la que se debe movilizar los más sensibles y genuinos recursos del ser humano; emerge el hombre que hay en el fondo, más allá del egoísmo. Si la vida misma es un proceso emergente de creación y recreación continua, ¿porqué esperar la crisis de la enfermedad para aprender de salud y sentido de vida, sobre todo el significado de este último? ¿Porqué esperar la muerte para reconocer el valor de la vida? ¿Porqué esperar que alguien se muera para reconocer cuánto se hubiera querido darle? La más bella condición de la humanidad es la de la sensibilidad. De ella nacen el arte, el poema; la obra entera del amor se nutre de esa capacidad de moverse interiormente, que rescata para la vida la piel sensible a la caricia y al dolor, que se permite compartir el dolor creciendo a esa red de soporte desde la cual todo dolor es más llevadero. Es normal que la vida tenga cierta dosis de incertidumbre y no se puede huir indefinidamente del dolor, de la muerte, de la pobreza. Lo que hace sufrir es un erróneo código de lectura que permite aprender la lección del dolor; nada hay más doloroso que la insensibilidad al dolor; no comprender que también el dolor es un mecanismo de defensa precioso, hace más doloroso el dolor (Davida, 2002).

La crisis del significado de sentido ante la muerte lo es también de responsabilidad. Desde la crisis de la sensibilidad y el despertar a la humanidad, surge la crisis de responsabilidad. Si la crisis se sensibiliza, se despierta y se hace responsable se habría aprendido completa su lección. La responsabilidad no es sólo reactividad refleja, es trascender las fronteras del yo y sus pequeños asuntos, para aportar en la creación de relaciones humanas justas. El significado del sentido de vida ante la muerte, es comprender que todos son responsables de todos, luchar por todos hasta el último segundo (Davida, 2002).

Morir es trasladarse a una casa más bella, se trata sencillamente de abandonar el cuerpo físico como una mariposa abandona su capullo. La muerte es la transición de un estado de vida a otro más pleno. Es abandonar el cuerpo como la mariposa abandona su capullo cuando está lista para volar. Todos los moribundos saben que están muriendo y lo que necesitan es sinceridad, compañía y escucha de sus médicos y familiares para vivir el proceso. La vida es una escuela donde cada uno aprende las propias lecciones para crecer como seres humanos. Si no se aprende por la vía fácil, se tendrá que aprender por la vía difícil. Vivir plenamente, sin pendientes, se prepara para poder irse en paz y dejar ir en paz. El desamor ha matado a más personas que muchas guerras. La lección más importante a aprender en la vida es el amor incondicional. Las personas moribundas son grandes maestros de la vida, hay mucho qué aprender de ellas si se atravieza a escucharlas. El mejor servicio que un médico o terapeuta puede prestar a sus pacientes además del conocimiento, es ser una persona amable, atenta, cariñosa y sensible (Kübler-Ross, 1996).

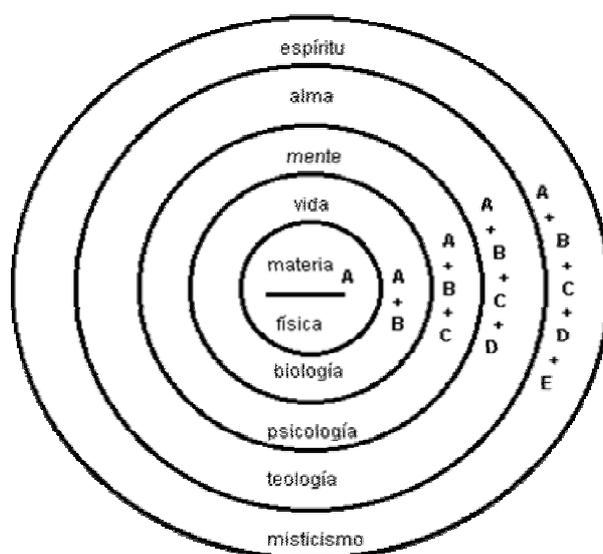
Para Frankl (1999) lo espiritual sería la realidad más auténtica de la persona y la que pone en juego a la libertad y a la responsabilidad personal. Ambas tendrían que ver con la capacidad de decisión del espíritu para hacer resistencia frente a los condicionamientos y las circunstancias de cualquier tipo (ansiedad ante la muerte)

Wilber (2000) considera la posibilidad de integrar los diferentes niveles desde lo subconsciente a lo autoconsciente y de ahí a lo supraconsciente o dimensión espiritual (en la que también estaría englobado lo demás). Así se conseguiría abarcar de la forma más completa posible la conciencia humana. Para poder integrar de forma adecuada sería preciso partir de una lógica reticular que tiene una visión panorámica y es capaz de

incluir a totalidades y partes en una visión global. La armonización de las diferentes dimensiones es lo único que puede favorecer un desarrollo equilibrado de la persona. También hace explícita la necesidad de buscar como entender lo espiritual e integrarlo a través del estudio de las diferentes tradiciones espirituales, ya que el nivel más superior ha sido descrito por numerosos sabios y santos de dichas tradiciones. La dimensión superior siempre abarca más y engloba e incluye a una dimensión inferior (que está conservada y elevada en la superior). Ejemplo: El ser humano sigue siendo animal y materia englobados por el espíritu. En esto Frankl (1999) también coincide con Wilber (2000) que afirma que cada nivel trasciende e incluye al siguiente en una estructura jerárquica en la que la más elevada incluye a las que están por debajo ("el espíritu trasciende e incluye todo").

Wilber (2000) lo esquematiza en la siguiente figura 5:

Figura 2: Esquema de Wilber



En la medida en que un ser humano, en vez de contemplarse a sí mismo y reflexionar sobre sí mismo, desea ponerse al servicio de una causa superior a él o amar a otra persona, se encuentra con la autotranscendencia que es una cualidad esencial de la existencia humana. Todo esto tiene también una dimensión biológica. Por ejemplo, los ojos son, en cierto modo, autotranscendentes. ¿Cuándo funciona normalmente el ojo? Cumpliendo su propia misión, consistente en percibir visualmente lo que ocurre en el mundo. Irónicamente, sólo puede cumplir su función en la medida que no se vea a sí mismo. ¿En qué momento un ojo percibe parte de sí mismo? Sólo cuando está enfermo. Si uno tiene cataratas, está percibiendo algo en su propia vista; o si hay una gran tensión en cierta parte del ojo, síntoma de un glaucoma, ve los colores del arco iris en torno a las luces. El ojo normal no advierte nada de sí mismo. Otro tanto acontece con el ser humano. La autotranscendencia es un rasgo esencial de la existencia humana. La autorrealización es buena, pero sólo puede obtenerse como efecto secundario o subproducto; no puede procurarse directamente. Debe llegar a uno no porque se haya buscado. Mientras mayor sea la posibilidad de percibir el sentido a vida, mayor será la autorrealización, como efecto secundario o subproducto, sin que exista una preocupación por ella. La mejor manera de conseguir la realización personal consiste en dedicarse a metas desinteresadas. En la declaración inicial de la fundación de los Estados Unidos se habla de la búsqueda de la felicidad. Todo el mundo tiene derecho a buscar la felicidad. Se permite decir que para la búsqueda de la felicidad constituye una

contradicción en sí misma, puesto que es algo que no puede perseguirse, ya que sencillamente la felicidad ha de ser consecuencia de una buena acción o de una relación amorosa satisfactoria. Los sujetos del grupo experimental y algunos del apoyo psicológico encontraron la felicidad con sus padecimientos.

Originalmente, el hombre no lucha por el placer o el poder, sino por un sentido. Y al realizar ese sentido la dedicación amorosa a otro ser humano se produce el placer como efecto. Sin embargo, hay personas que no pueden encontrar un sentido en su interior, y por eso no pueden llegar al placer. Esas personas buscan el placer directamente, porque están frustradas en su deseo de encontrar un sentido. Ahora bien, el camino directo es contraproducente y resulta ser un callejón sin salida. Ciertamente, éste es un fenómeno observable e importante. Es la verdadera raíz de muchos casos de neurosis.

Algo semejante ocurre con el poder. Así como el placer es un efecto secundario del encontrar un sentido, el poder es un medio para alcanzar un fin. Cuando la gente carece de sentido se queda en los medios es decir, en el poder; desarrolla una voluntad de poder. En otras palabras, tanto la voluntad de poder señalada por Mounier (1967), como el deseo de placer de acuerdo con el principio freudiano del placer, son resultado de una frustración inicial del deseo original de encontrar un sentido.

El sentido de buen humor ayudó a mejorar el sentido de vida en los pacientes de grupo experimental y apoyo psicológico. El humor es una forma. Se puede reír frente a las ansiedades o fobias. Esta posibilidad se utiliza en la logoterapia como base para el desarrollo de la llamada técnica de la intención paradójica. Por ejemplo, en el caso de pacientes con agorafobia, temerosos de encontrarse en lugares abiertos sin compañía. Se invita a esos pacientes a realizar un cambio tal como se les hizo a los pacientes del grupo experimental en especial. Si en este momento uno está ansioso y temeroso de salir de la casa, el cambio consistiría en desear en este momento deliberadamente tener un ataque en la calle. *"Ayer hubo ataques y morí dos veces, anteayer tres veces, y hoy se desea morir de infarto cuatro veces. Se va a intentar y se saldrá a la calle con la intención precisa de morir para un cambio"*. El paciente sonríe cuando uno habla así y luego aprende a reír también frente a toda su agorafobia. Esta técnica se aplica con mucho éxito y se publican los resultados a nivel mundial. La gente no tiene vergüenza, puesto que el objetivo principal consiste, después de todo, en ayudar a los pacientes Frankl (1999).

A modo de conclusión, sólo se quiere decir que todavía queda un argumento: se podría decir, *"De acuerdo, pero en definitiva uno muere y todo queda en el pasado y se olvida"*. No se opina lo mismo, porque del pasado nada se pierde. Por el contrario, todo se conserva. Lo hecho ya no puede deshacerse. Lo realizado queda fijo en el pasado y nadie puede cambiarlo. Por eso, hay que considerar que en el pasado hay algo así como un museo, a partir de la historia personal de cada uno.

7.1 RECOMENDACIONES

Aunque estadísticamente la muestra es representativa y los resultados se validaron adecuadamente sería conveniente continuar la investigación con una muestra mayor de sujetos en los tres grupos: experimental. Apoyo psicológico y control, para que exista una mayor representatividad poblacional, y tratar de que los sujetos sean elegidos al azar, para dar mayor significancia y generalización a los resultados que se vayan a obtener. Después de la investigación, dar tratamiento a los sujetos de los grupos apoyo psicológico (manejar los factores de la escala en donde no hubo diferencias

significativas) y control. Será importante realizar esta investigación en las instituciones donde haya profesionales que sufren de ansiedad ante la muerte, estudiar si su rendimiento académico no está afectado. Lo mismo puede servir en pacientes con enfermedades graves como SIDA, Alzheimer, etc en las etapas críticas, dar tratamiento para ver si mejora la ansiedad ante la muerte. Se sugiere a investigadores interesados en el tema, emprender ésta a nivel nacional, tomando en cuenta otros lugares de la República Mexicana. Se recomienda para investigaciones futuras que aporten al tema, realizar un estudio exploratorio a psicólogos de formación, acerca de la manera en que es manejada, si es que lo es, la ansiedad en terapia, en particular la ansiedad ante la muerte. Es importante dar terapia familiar en el caso de los pacientes cuyos problemas se vinculan con otros miembros de la familia. Además, es indispensable hacer más investigación sobre la Escala de Ansiedad ante la Muerte (EAM) propia del investigador que fue utilizada en este estudio. Coincidiendo con otros autores, es necesario, también para el terapeuta, la capacidad de manejar pulsiones, teniendo la posibilidad de movimiento suficiente para manejar elementos agresivos que provengan del paciente. Y para ello, es importante, que el terapeuta desarrolle una vida personal y satisfactoria. Es difícil admitir que un profesional con graves conflictos personales pueda asumir su función de terapeuta, cuando, a lo mejor, en base a esto, lo que está asumiendo es una compensación de sus carencias o dificultades vitales. Sentir que la gente va a él, y que tiene un poder con esas personas le impide conectar con su propia problemática cotidiana y por tanto, recrea su narcisismo que no tiene nada que ver con la autoestima. De ahí la necesidad de la realización de su propio análisis personal al que se hacía antes. Esto junto los cursos teóricos y la supervisión clínica permite el desarrollo profesional coherente de un trabajo duro por la permanencia con el sufrimiento de la gente, pero muy estimulante y satisfactorio porque los cambios se ven en un margen de tiempo corto y observar la reducción del sufrimiento y la asunción y desarrollo de facultades humanas que amplían la posibilidad de vivir satisfactoriamente, da un sentido objetivo a la labor. Teniendo en cuenta que muchas de esas personas no tendrían medios económicos ni otras posibilidades para conseguir esos cambios (Belando, 1998). Muchos pacientes pierden interés por todo. Sin embargo, para otros, cuando las condiciones de salud se los permiten, reconocen la oportunidad de realizar cosas que se habían ido posponiendo para otra ocasión, como tomar clases de idiomas, aprender a tocar un instrumento, hacer un viaje, tomar fotografías o pintar, entrar a un torneo de boliche; en fin, tantas cosas que todos han deseado hacer y no se han dado la oportunidad de realizar. Por ningún motivo hay que quedarse encerrado en la casa si no es estrictamente necesario. Amarse a uno mismo "apapacharse", tomar masajes reconfortantes, recurrir a la acupuntura con fines de relajación, hacer algo de ejercicio para tratar de mantenerse en forma, arreglarse muy bien todos los días, comprarse ropa, hacerse un buen corte de pelo, usar una buena loción o perfume, cenar de vez en vez fuera de casa, de preferencia acompañado. En resumen, adquiriendo el compromiso de disfrutar lo más posible. De conservar muy en alto la autoestima. La vida es siempre maravillosa, no hay que desperdiciarla en lamentaciones. Hay que tener una alimentación adecuada, lo cual puede planearse con el médico. Parece ser que uno de los factores determinantes en aquellas personas sobrevivientes a largo plazo, es que siempre tuvieron una alimentación apropiada. Las recomendaciones generales es tener mucha higiene en la preparación de los alimentos, por lo tanto, hay que evitar comer en la calle, no consumir alimentos chatarra, ni algún tipo de carne cruda o semicocida. Procurar no ingerir bebidas alcohólicas ya que de por sí el organismo y en especial el hígado y los riñones se encuentran muy ocupados procesando los medicamentos que seguramente se están tomando de manera permanente. Una mayoría de las personas que

han logrado vivir por más tiempo tienen en común el haber cambiado de actividad y cuando ha sido posible han renunciado a los trabajos que representaban demasiada actividad y una gran carga de estrés, adoptando en cambio un tipo de vida más tranquilo y relajado, con mayor dedicación a su nuevo estado de salud. Es importante trabajar con médicos y psicólogos. Este parece ser uno de los factores importantes para ayudar a mejorar la ansiedad ante la muerte y a su vez el mejoramiento de sentido y calidad de vida, ya que la mayoría de los que han logrado vivir más, son pacientes que perciben su papel como una colaboración activa con su médico y psicólogo, es decir no son pacientes pasivos y sumisos, sino en lucha activa contra la enfermedad y ansiedad ante la muerte, lo cual de ninguna manera significa que se automedique bajo ninguna circunstancia, pues ello resulta en un gravísimo peligro para la conservación de su salud. En cambio, es fundamental sentirse responsable y hábil para colaborar en la lucha por su salud. Esto se expresa comúnmente en el hecho de afrontar la enfermedad con responsabilidad, lo cual implica la colaboración estrecha con el médico especialista. Si tu médico no te informa sobre tu estado de salud y el porque de tus tratamientos, ni dialoga contigo sobre tu enfermedad, es hora de buscar un nuevo compañero (Thompson y Janigian, 1988). Hay que estar apegado al tratamiento. Significa tomar los medicamentos oportunamente y sin falta, tener adherencia a aquello que es fundamental para mejorar la calidad de vida. Esta es una medición de la responsabilidad y del amor hacia uno mismo, de la estima sobre la propia existencia y de la voluntad de trabajar por mantenerse en las mejores condiciones de salud posibles. Cuando uno abandona los medicamentos está aceptando que la salud se deteriore y esto tampoco es una característica de los sobrevivientes de largo plazo, los cuales siempre son muy ordenados y constantes con este aspecto de su vida. Dejar de pensar que esto le tenía que pasar precisamente a uno, que en realidad uno nunca ha sido afortunado, que no ha tenido un amor verdadero o suficiente dinero, en resumen, que el mundo está contra uno. Por el contrario, se debe empezar a percibir al mundo como un lugar cálido y lleno de amor, que aún tiene muchas cosas que ofrecernos y que existe para todo el mundo un lugar en él. Esto debe llevar a la aceptación de situaciones que anteriormente eran irritantes, a aceptar las debilidades propias y ajenas, a ser más tolerante con uno mismo y con los demás para establecer una relación más profunda y efectiva. Mañana, seguro que mañana brillará de nuevo el sol. Es vital conservar el sentido del humor, no es de ninguna manera recomendable instalarse en la tragedia, ni permitir que la tristeza se apodere de uno, dejarse arrastrar por la amargura y la desolación, pues ello repercute negativamente en el sistema inmunológico. En cambio se ha documentado que la alegría y el buen humor son un importante alimento para la vida y fortalecen el sistema inmunológico. La risa es terapéutica por sí misma, cuando se le deja fluir libremente. Tan importante como mantener la salud física, es conservar la salud y una paz mental. Muchos lo logran buscando por medio de la meditación aquellas ideas que de alguna manera permiten encontrar la felicidad y el amor a la vida. Otros buscan lo mismo en la oración. En resumen, se puede decir que las personas que logran vivir más y con mejor calidad de vida, son aquellas que conservan su autoestima intacta, que se saben valiosos, que son capaces de asimilar el impacto de su nueva situación para tomar las decisiones (Davida, 2002).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agras, S. (1993). *Pánico*. Barcelona: Herder.
- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). *Tests Psicológicos*. México: Prentice Hall.
- Anderson, J.R. (1983). Acquisition of cognitive skills. *Psychological Review*, 89 (4), 369–40.
- Anderson, J. R. y Gagné, D. (1987). Methodologies for studying human Knowledge. *Behavioral Brain Science*, 10 (3), 467- 477.
- Andrew, E. y Withey, S. (1976). *Social Indicators of Wellbeing: American Perceptions Quality of Life*. New York: Plenum Press.
- Arborelius, L. et al (1999). The role of CRF in depression and anxiety disorders. *J. Endocrinol*, 160 (1), 1-12.
- Ardila, R. (1999). *Psicología Fisiológica*. México: Trillas.
- Arias, P., Bonet, J. L. y col. (1998). *Estrés y Procesos de enfermedad*. Buenos Aires: Biblos.
- Aronow, A. (1979). *The value of the self in relation to fear of death*. New York: Omega.
- Barley, N. (2000). *Bailando sobre la tumba: encuentros con la muerte*. Barcelona: Anagrama.
- Bazzi, T. y Fizzotti, E. (1989). *Guía de la Logoterapia*. Barcelona: Herder.
- Becker, E. (1962). *The birth and death of meaning*. New York: Free Press.
- Beitman, B. (1987). *The Structure of Individual Psychotherapy*. New York: Guilford.
- Belando, M. R. (1998). Educar para la Vida, Educar para la Muerte. Reflexiones y propuestas sobre la muerte y la vejez. *Anales de Pedagogía*, 16, 199-225.
- Bennett, G. K. y Doppelt, J. E. (1967). *Test Orientation Procedure*. New York: The Psychological Corporation.
- Bonet, J. L. y Luchina, C. (1995). Dossier: Psiconeuroinmunoendocrinología. *Vertex, Rev Arg. Psiq*, 1, 21-23.
- Bonilla, M. y García, G. (2000). *La Perspectiva Cualitativa en el Quehacer Social*. México: CADEC.
- Brown, N. O. (1967). *Eros y Tanatos, el sentido psicoanalítico de la historia*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Brown, F. (1980). *Principios de la Medición en Psicología y Educación*. México: El Manual Moderno.
- Butler, G. y Arrarás, J. I. (1991). *Manejo de la Ansiedad: Programas individual y de grupo*. Pamplona: Gobierno de Navarra, Depto. de Salud.
- Butler, R. N. y Momeyer, D. G. (1963). An interpretation of reminiscence in old age *Psychiatry. The new review*, 26, 65-76.
- Breyspraak, L. (1984). *The Development of the self in later life*. Boston: Little Brown.
- Caldji, C. et al (1998). The effects of early rearing environment on the development of GABA and central BZD receptor. *J. Neurosci*, 40, 238 – 241.
- Calle, R. A. (1995). *Enseñanzas para una muerte serena*. Madrid: Temas de Hoy.
- Calviño, M. (1996). *Orientación Psicológica. El Esquema Referencial de Alternativa Múltiple*. La Habana: De Ciencia y Técnica.

- Cano-Vindel, A. (1989). *Cognición, emoción y personalidad: Un estudio centrado en la ansiedad*. Madrid: Universidad Complutense.
- Cano-Vindel, A. (1997). Teorías de la emoción. En E. G. Fernández-Abascal: *Manual de Introducción a la Psicología. Motivación y Emoción*. Madrid: Ramón Areces.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J. J. (1999). Anxiety, anger and cardiovascular reactivity. Comunicación presentada en *20th International Conference of the Stress and Anxiety Research Society, STAR*. Polland: Cracow. July 12-14.
- Cano-Vindel, A. y Rodríguez, J.C. (1999). Perfiles de ira y ansiedad en el asma bronquial. *Ansiedad y Estrés*, 5, (129), 25-35.
- Cano-Vindel, A. y Fernandez. R. O. (1999). Perfiles de ira y ansiedad en el asma bronquial. *Ansiedad y Estrés*, 6, (130), 18-26.
- Cano-Vindel, A., Sirgo, A. y Ovejero, M. B. (1994). Control, defensa y expresión de emociones: relaciones con salud y enfermedad. Barcelona: Ariel.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J. J. (1990). Diferencias entre sujetos normales y psicósomáticos en el patrón de respuestas de ansiedad ante diferentes tipos de situaciones ansiógenas. Madrid: COP.
- Carr, R. E. et al (1994). Anxiety Sensitivity and Panic Attack in an asthmatic population. *Beha Resea Therapy*, 32, 411-418.
- Carse, J. P. (1980). *Death and existence*. Chicago: University of Chicago Press.
- Castillo del Pino, C. (1995). *Celos, locura y muerte*. Madrid: Temas de Hoy.
- Chacón, A .E. R. (2000). Proceso de Intervención Psicológica en Situaciones de Crisis ante desastres naturales. [http://www.utec.edu.sv/campus/intelecto/situaciones de crisis.htm](http://www.utec.edu.sv/campus/intelecto/situaciones_de_crisis.htm)
- Chambers, W.V. (1986). Inconsistencies in the theory of death threat, *Death Studies*. Boston: Little Brown.
- Clavé, E. (2000). *Ante el dolor: reflexiones para afrontar la enfermedad y la muerte*. Madrid: Temas de Hoy.
- Crist-C. P. y Barber, J. (1991). *Handbook of short- term Dynamic Psychotherapy*. Boston: Basic Books.
- Cobo, C. (1999). *El valor de vivir: (elogio y razón del duelo), de cómo el ser humano se defiende del dolor por la muerte de un ser querido*. Madrid: Libertarias.
- Collet, L. J. y Lester, D. (1969). The fear of death and the fear of dying. *Journal of psychology*, 72, 179-181.
- Conte, H. R., Weiner, M. B. y Plutchik, R. (1982). Measuring death anxiety: Conceptual psychometric and factor analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 775-785.
- Corbella, J. (1990). *Vivir sin miedo*. Barcelona: Folio.
- Corbí, M. (2001). *Acerca de la muerte*. Barcelona: Biblioteca Agrupació.
- Davis, S. F. (1978). Relationship of fear of death and level of self – esteem in college students. *Psychological Reports*, 42, 419-422.
- Davida, E. (2002). *The Knowledge and Meaning of Life Existence*. Boston: Omega.
- Davies, P. C. W. (1996). *El espacio y el tiempo en el universo contemporáneo*. México: F.C.E.
- Dickstein, L. S. (1978). *Attitudes toward death anxiety, and social desirability*. Boston: Omega.

- Dijkstra, S. (1988). The development of the representation of conceptual knowledge in memory and the design of instruction. *Instructional Science*, 17, (4), 339-350.
- Dijkstra, S. (1990). The description of knowledge and skills for the purpose of instruction. New Jersey: Educational Technology Publication.
- Donald, J. (1987). Learning schemata: methods of representing cognitive, content and curriculum structures in higher education. *Instructional Science*, 16, 187-211.
- Driver, R; Guesne, E. y Tiberghien, A. (1989). Ideas científicas en la infancia y la adolescencia. Madrid: Morata.
- Ehrenwald, J. (1968). Psicoterapia: Mito y método. Un camino hacia la intergración. Barcelona: Toray.
- Elíade, M. (1987). *The Encyclopedia of Religions*. New York: Macmillan Publishing.
- Elorduy, E. (1972). *El estoicismo*. Madrid: Gredos.
- Englewood, C. (1975). Death the final stage of the growth. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Epting, F.R. (1979). Constructions of death and levels of death fear, *Death Education*. New York: Oxford University Press.
- Erikson, E. (1963). *Childhood and society* (2ª ed.). Nueva York: Norton.
- Eysenck, H. J. (1986). *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Barcelona: Martínez Roca.
- Farré, L. (1973). *Heráclito*. Fragmentos. Barcelona: Aguilar.
- Feifel, H. y Branscomb, A.B. (1973). Who's afraid of death?. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, (282-288).
- Fernández del Valle, A. B. (1973). *Metafísica de la muerte*. México: Jus.
- Fernández-Christlieb, P. (2000). *La afectividad colectiva*. España: Taurus.
- Firestone, R. W. (1985). *The fantasy bond: Structure of psychological defense*. New York: Human Science Press.
- Firestone, R. W. (1990a). The bipolar causality of regression. *American Journal of Psychoanalysis*, 50, (121-135).
- Firestone, R. W. y Seiden, R. H. (1987). Microsuicide and suicidal trends of everyday life. *Psychotherapy*, 24, (31-39).
- Frankl, V. E. (1984). *Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. E. (1990). *Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la Psicoterapia*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. E (1997). *Psicoanálisis y Existencialismo*, 6ª. Reimpresión. México: Fondo de Cultura Económica.
- Frankl, V.E. (1967). *Psicoanálisis y existencialismo*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. E. (1994). *El Hombre doliente*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. E. (1994). *Logoterapia y análisis existencial*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. E.(1991). *La Voluntad de sentido*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. E. (1994). *Ante el vacío existencial*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. E. (1994). *La presencia ignorada de Dios*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. E. (1997). *La idea psicológica del hombre*, 6ª edición. Madrid: Rialp, Biblioteca del Cincuentenario.
- Frankl, V. E. (2003). *El hombre en busca de sentido último*. México: Paidós.

- Figuroa, L. G. (1981). Estudio de redes semánticas naturales y algunos procesos básicos. Mecanogama inédito. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Frederiksen, C. H. y Breuleux, A. (1990). Monitoring cognitive processing in semantically complex domains. New Jersey: LEA.
- Friedman, L.C. Lehane, D. Webb, J. A. et al., (1994). Anxiety in medical situations and chemotherapy related problems among cancer patients. *Journal of Cancer Education* 9 (1), 37-41.
- Garrido, L. M. J. (2003). ¿Qué se puede hacer después de la emergencia? Sesión de Debriefing. En: e-mergencia.com. Julio de 2003.
- Gerson, E. M. (1976). "On quality of life", *American Sociological Review*, 41, (793-806)
- Gesser, G., Wong, P.T. y Reker, G. T. (1987). Death attitudes across the life-span: The development and validation of the Death Attitude Profile (DAP), New York: Omega.
- Gilliland, J. C. y Templer, D. I. (1986). Relationship of death anxiety scale factors to A Subjectives states. New York: Omega.
- Gines, A. y Montado, G. (1995). El problema de la duración de las psicoterapias. En: *Psicoterapia Focal. Intervenciones psicoanalíticas de Objetivos y Tiempos definidos*. Defey, D., Hebert, J. y Rivera, J. (compiladores). Uruguay: Roca Viva.
- Glaser, R. Kiecolt-Glaser, J. (1994). "Handbook of Human Stress and Immunity". New York: Academic Press.
- Glesne, C. (1998). *Becoming Qualitative Researchers*. New York: Longman.
- Godel, K. (1962). On formally undecidable propositions. New York: Basic Books.
- Gorres, A., (1958). *Jarbuch für Psychologie und Psychotherapie*", en V.E. Frankl: *La idea psicológica del hombre*, Madrid: Rialp.
- Gold, P. y Chrousos, G. (1999). The endocrinology of melancholic and atypical depression: relation to neurocircuitry and somatic consequences. *Procc. Am. Physicians*, 111, (1), (22-24).
- Gold, P. (1992). The Stress Response, Depression, and Inflammatory Disease, In: Sternberg, E. moderator. *Ann Intern Med.* 117, (854-866).
- Gold, P. y Chrousos, G. (1988). Clinical and biochemical manifestations of depression. Relation to Neurobiology of Stress. *N Engl J Med*, 319, (413-420).
- Gomez, B. F. (1985). *Como utilizar e interpretar la Estadística*. Madrid: Ibérico.
- Grande, E. I. y Abascal, E. (1996). *Fundamentos y Técnicas de Investigación Comercial*. Madrid: ESIC.
- Grof, V., Stanislav, B., y Christina, F. (1990). *Mas alla de la Muerte*. España: Debate.
- Halling, S. y Carroll, A. (1998). Existential-phenomenological psychology. In D. Moss: *Humanistic and transpersonal psychology*. Westport, CT: Greenwood.
- Haug, T. T. et al (1994). Low vagal activity as mediating mechanism for the relations between personality factors and gastric symptoms in functional dyspepsia. *Psychosomatic Medicine*, 56, (194-196).
- Heim, C. and Nemeroff, C. (1999). The Impact of Early Adverse Experiencie on Brain System Involved in The Pathophysiology of Anxiety and Affective Disorders. *Biological Psychiatry*, 46, (1559-1522).
- Heidegger, M. (1962). *Being and time*. Londres: SCM Press LTD.
- Höbel, A. y Weaver, T.H.(1985). *Antropología y experiencia humana*. Barcelona: Omega.

- Holsboer, F. (1999). The Rationale for corticotropin-releasing factor receptor antagonist to treat depression and anxiety, *Journal of Psy Research*, 33, (181-214).
- Holsboer, F. (1999). Corticotropin Releasing Factor Hormones receptor Subtypes and Emotion. *Biological Psy*, 46, (1480-1508).
- Irwin, M. (1995). Psychoneuroimmunology of Depression. In *Psychopharmacology The Fourth Generation of Progress*, New York: Raven Press.
- Kaiser, H. F. (1974). The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. *Psychometrika*, 23, (187-200).
- Kaiser, H. F. (1974). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 20, (141.151).
- Kastenbaun, R. y Levinson, B. (1979). Psychological perspectives on death. *Annual Review of psychology*, 28, (222-249).
- Katon, W. (1996). Panic Disorder and medical Comorbidity. A review of the Medical and Psychiatric Literature, *Bull of Menninger Clinic*, 60 (2), (13-14).
- Katon, W. (1990). Chest Pain, cardiac disease, and Panic Disorder. *Journal of Clin Psychiatry*, 51, (27-30).
- Kawachi, I. et al (1994). Symptom of Anxiety and Risk of Coronary Heart Disease. *Circulation*, 90, (5.-7)
- Kendler, K. S. et al (1993). The prediction of major depression in women: towards an integrated model. *Am J Psy*, 150, (1139-11480).
- Kerlinger, F. N. y Lee, H. B. (2002). *Investigación del Comportamiento: Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. México, D.F.: McGrawHill.
- Kesselman, H. (1977). *Psicoterapia Breve*. Ediciones Fundamentos. Madrid: Luciérnaga.
- Kessler, R. C. y Magee, W. (1993). Childhood adversities and adult depression: basics patterns of association in a US national survey. *Psychol Med*, 23, (679-690).
- Kinsman, R.A. (1983). Multidimensional analysis of the symptoms of chronic bronchitis emphysema. *Journal Beha Medicine*, 6, (339-357).
- Kübler-Ross, E. (1993). *La muerte: un amanecer*. Barcelona: Luciérnaga.
- Kübler-Ross, E. (1989). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Kubler-Roos, E. (1996). *La muerte, un amanecer*. Luciérnaga, Barcelona.
- Kübler-Ross, E. (1996). *Sobre la muerte y los moribundo*. Barcelona: Grijalbo.
- Kubler-Ross, E. (1998). *La Rueda de la Vida*. México, D.F.: Grupo Zeta.
- Kübler-Ross, E. (1998). *Preguntas y respuestas a la muerte de un ser querido*. Barcelona: Martínez Roca.
- Kvale, S. (1996). *Redes Semánticos. An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. California: Sage.
- La Marne, P. (1999). *Etiques de la fin de vie: Acharnement therapeutique euthanasiez soins palliatifs*. París: Ellipses.
- Lane, R.E. (1994). Quality of life and quality of persons. A new role for government? *Political Theory* 22, (219-252).
- Lantz, J. (1986). Logotherapy and the person of the therapist. *The International Forum for Logotherapy*, 5, (119-122).
- Lavey, E. B. y Winkle, E. (1979). Continuing disability of patients with chest Pain and normal arteriograms. *Journal of Cronic Disease*, 32, (191-196).
- Lefcourt, H. M. y Martin, R.A. (1986). *Humor and life stress: An antidote to adversity*. New York: Springer-Verlag.

- Leinhardt, G. y Smith, D.A. (1985). Expertise in mathematics instruction: subject matter knowledge. *Journal of Educational Psychology*, 77, (3), 247-271.
- Lipp, M.R., Looney, J.G. y Spitzer, R.L. (1977). Classifying psychophysiological disorders: A new idea. *Psychosomatic Medicine*, 39, (285-287).
- Liu, D. et al (1997). Hippocampal Glucocorticoid receptors, and Hypothalamic response to Stress, *Science, Maternal Care*, 277, (1659-1662).
- López, J. L. (2001). *Acerca de la muerte*. Barcelona: Biblioteca Agrupación.
- Lukas, E. (2000). También tu sufrimiento tienen sentido. México. Lag.
- Lukas, E. y Wiesmeyr, O. (1989). *Sinn-Bilder*. Viena: Herder.
- Lydiar, R.B. et al (1993). Prevalence of psychiatry disorders in patients with irritable bowel syndrome. *Psychosomatics*, 34, (229-234).
- Mandoz, V. (1997). *Los miedos del hombre moderno.*, España: Navara.
- Marks, I. M. (1991). *Miedos, fobias y rituales (2 vols)*. Barcelona: Martinez Roca.
- Marshall, V. W. (1982). *Last chapters: A sociology of aging and dying*, Monterrey. CA: Brooks/Cole.
- Martínez, M. (1999). *Comportamiento Humano. Nuevos Métodos de Investigación*. México: Trillas.
- Maslow, A. H. (1968 y 1970). *Toward a psychology of being (2ª ed.)*, Princeton. New Jersey: Van Nostrand.
- McCall, S. (1975). "Quality of life". *Social Indicators Research* 2, (249- 299).
- McCauley, J. et al., (1997). Clinical Characteristics of women with a history of childhood abuse. *JAMA*, 277, (1362-1368).
- McCraine, E. W. et al (1992). Negative Parenting Behaviour, combat exposure and PTSD symptom severity. *Journal Nerv Ment Dis*, 180, (431-438).
- .McDaniel, C. y Gates, R. (1999). *Investigación de Mercados Contemporánea*. México: Thomson.
- Miguel- Tobal, J. J. y Casado, M. I. (1994). *Emociones y trastornos psicofisiológicos: Ansiedad y Estrés*. Barcelona: Luciérnaga.
- Montoya, C. J. (1993). Respuestas a la noticia de muerte. *An. Med. Intern.*, 10 (9), (461- 464).
- Montoya C. J. (1993). Síndrome del Minotauro. *Medicina Clínica*. 1(10), (44-48)
- Montoya, C. J. (2001). *Cómo llevar el duelo. Guía de urgencias*. Funeraria San Vicente. C. J.: Guía para el duelo.
- Montoya, C. J. (2000). *Intervención en Crisis*. En: *Sobre el duelo. Como ayudarnos y ayudar a otros a recuperarse de la pérdida de un ser querido*, año 2002. <http://www.homestead.com/montedeoya/duelos.html>
- Morin, E. (1994). *El Hombre y la Muerte*. Barcelona: Numancia.
- Moss, D. (1978). *Existential- phenomenological alternatives for psychology*. New York: Oxford University Press.
- Moss, D. (1988). *Psychotherapy and human experience. Existential- phenomenological perspectives in psychology*. New York: Plenum.
- Moss, D. y Shane, P. (1988). *Body therapies in humanistic psychology*. In D. Moss, *Humanistic and transpersonal psychology: An historical and biographical sourcebook (85-94)*. Westport, CT: Greenwood.
- Mullen, P.E. et. Al (1996). The long term impact of the physical, emotional and sexual abuse of children: a community study. *Child Abuse Negl*, 20, (7-21).

- Murillo, J. I. (1999). *El valor revelador de la muerte: estudio desde santo Tomás de Aquino*. Barcelona: Luciérnaga.
- Navarra, D.L. (1998). The relationship of depression to Cardiovascular Disease. *Epidemiology, Biology and Treatment. Arch Gen Psych.* 55 (7), 580-592.
- Nehrke, M. F. (1978). Death anxiety, locus of control and life satisfaction in the elderly: Toward a definition of ego integrity. *Journal of Psychology*, 8 (4), 359-368).
- Neimeyer, R. A. (1997). *Death Anxiety*. Washinton, DC: Hemisphere P.C.
- Neimeyer, (1988). *Dying: Facing the facts*. Washinton: DC: Hemisphere Publishing Corporation.
- Neimeyer, R.A. y Chapman, K. M. (1980). Self/ideal discrepancy and fear of death: testing an existential hypothesis, *Omega*, 11, (233-240).
- Neimeyer, R. A. y Moore, M. K. (1989). Assessing personal meaning of death: Empirical refinements in the Threat Index. *Death Studies*, 12, (217-225).
- Neira, J. A. y Muro, M.R. (1999). *El sentido de la vida*. Buenos Aires: SAME.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. y Blissett, S. E. (1988). Sense of humor as a moderator of the relation between stressful events and psychological distress: A prospective analysis. *Journal of Personality & Social Psychology*, 54, (520 -525).
- Norcross, J. y Marvin, R. (1992). *Handbook of Psychotherapy Intregation*. New York: Basic Books.
- O' Connor, N. (2001). *Déjalos ir con Amor*. México: Trillas.
- Ortega y Gasset, J. (1964). *Meditación de la técnica*. Rev. de Occidente.
- Outes, A. (2002). *El sentido de la vida*. Buenos Aires: SAME.
- Pataki, G. E., Stone, J. L. y LeViness, J. (2000). *Guía de Consejería de Crisis para Niños y Familias en Casos de Desastres*. Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York. New York: 26 de Septiembre.
- Pangrazzi, A. (1995). *La pérdida de un ser querido: un viaje dentro de la vida*. Madrid: San Pablo, DL.
- Paul, R. (1996). *How to teach through socratic questioning (part II)*. Santa Rosa, Ca: Foundation for critical thinking.
- Pienda, J. A. (1982). *Antropología Transcendental de K. Rahner*. Madrid: Síntesis.
- Plotsky, P.y Nemeroff, C. (1997). Corticotropin-releasing Factor, Stress, and Depression. *The Neuroscientist*, 3, (9-12).
- Pollack, M. H. et al (1996). Prevalence of Panic in patients referred for pulmonary function testing at a major medical center. *American Journal Psy*, 153, (110-113).
- Portoundo, J. A. y Tamales, F. M. (1979). *Psicoterapia Existencial, Gestaltica y Psicoanalítica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Porzelius, J. et al (1992). Respiratory function, cognition, and panic in chronic pulmonary patient. *Beha Resea Therapy* 30, (75-77).
- Posner, G. J. (1978). Tools for curricula research and development: potential contributions from cognitive science. *Curricula Inquiry*, 8 (4), 311-316.
- Pozo, C. (1968). *Teología del Más Allá*. Madrid: BAC.
- Rahner, K. (1964). *Geiste in Welt*, Kösel-Verlag. München. (1966): *Schriften zur Theologie*, VII. Einsiedeln.

- Razavi, D. y Stiefel, F. (1994). Common psychiatric disorders in cancer patients: Adjustment disorders and depressive disorders. *Supportive Care in Cancer*, 2 (4), (223-232).
- Reyes, B., (1989). *El morir consciente*. Madrid: Errepar.
- Ries, J. (1987). "The Fall". New York: Basic Books.
- Ring, K. (1986). *La senda hacia el omega*. España:Urano.
- Robins, L. N., Helzer, J., Weissman, M. M., Orvasche, H., Gruenberg, E., Burke, J. D. y Regier, D. A. (1984). Lifetime prevalence of espezific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, (949-958).
- Rozanski, A. et al. (1999). Impact of Psychological Factors on the pathogenesis of cardiovascular Disease. *Circulation*, 4, (171-175).
- Sampieri, R. H.; Collado, C. F. y Lucio, P.B. (1998). *Metodología de la Investigación*. México, D.F.: McGrawhill.
- Sandman, M. (2003). *Programa de Tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático*. Buenos Aires: Universidad de Flores.
- Sanz, J. (1991). The specific traits of Anxiety in the Anxiety Situations and Responses Inventory (ISRA): construct validity and relationship to depression. *Evaluación Psicológica*. *Psychological Assessment*, 2, (149-173).
- Schag, C. A. y Heinrich, R.L. (1989). Anxiety in medical situations: adult cancer patients. *Journal of Clinical Psychology* 45 (1), (20-27).
- Sartre, J. P. (1966). *Being and nothingness: An essay on phenomenological ontology*. Neuva York: Citadel Press. (Obra original publicada en 1943).
- Sen, A. (1992). *Capability and well being in A. Sen and Nussbaum. The Quality of Life*. Oxford: Clarendon Press.
- Schmidt-Atzert, L. (1985). *Psicología de las emociones*. Barcelona: Herder.
- Shavitt, R.G. et al (1992). The association of Panic / Agorafobia and asthma: contributing factors and clinical implications. *Gen Hosp Psy*, 14, (420-423).
- Shuell, T. J. (1985). Knowledge representation, cognitive structure and school learning: a historical perspective. En L.H.T. West y A.L. Pines (Eds.), *Cognitive structure and conceptual change*. Orlando, Fl: Academic Press.
- Slaikeu, K. A. (2001). *Intervención en Crisis: Manual para práctica en investigación*. México: Manual Moderno.
- Spinhoven, P. et al., (1994). The prevalencia of respiratory disorders in panic disroders, major depressive disirder and v-code patient. *Beha Rese Therapy*, 32, (647-649).
- Steele, W. (2004). *Trauma´s Impact on Learning and Behavior: A Case for Interventions in Schools*. The National Institute for Trauma and Loss in Children: www.tlcinstitute.org
- Stevenson, R. (1996). *The Response of Schools and Teachers*. En: Doka, K.J. *Living with Grief After Sudden Loss: Suicide, Homicide, Accident, Heart Attack, Stroke*. Washington: Hospice Foundation of America and Taylor & Francis.
- Strauss, A. y Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research*. California: Sage.
- Strub, C. G. y Frederick, L. G. (1967). *The principles and practice of embalming*. New York: Basic Books.
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos Cualitativos de Investigación*. Barcelona: Paidos.

- Tec, G. P. L. y Fraser, B. (1995). Development and validation of an instrument for assessing the psychosocial environment of computer-assisted learning classroom. *Journal of Educational Computing Research*, 12 (2), (177- 193).
- Thomas, L. V. (1983). *Antropología de la Muerte*. México: Fondo Cultural Económica.
- Thompson, S. C. y Janigian, A. S. (1988). Life schemes : A frame work for understanding the search for meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 7, (260-280).
- Vázquez, C. (1990). *Trastornos del estado de ánimo: aspectos clínicos*. Madrid: Herder.
- Vázquez, C. (1990). *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría*. Vol.II. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Veenhoven, R. (1988). "The utility of happiness". *Social Indicator Research* 39, (1-58).
- Veenhoven, R. (1984). *Conditions of happiness*. Dordrecht: Kluwer Academia Publishers
- Veenhoven, R. (1999). *Quality of Life and Happiness, not quite the same in G. DeGirolamo, Health and Quality of Life*, 11. Rome: Pensiero Scientifico.
- Velikova, G. Selby, P. J. Snaith, P. R. et al (1995). The relationship of cancer pain to anxiety. *Psychotherapy and Psychosomatics* 63 (3-4), (181-184).
- Villagra, L. A. (1999). *El sentido de la vida*. Buenos Aires: SAME.
- Walker, E. et al (1990). Irritable bowel syndrome and psychiatric illness. *Am. J. Psy*, 147, (555-567).
- Walker, E. et al (1995). Psychiatric diagnosis, sexual and physical victimisation, and disability in patients with irritable bowel syndrome or inflamatory bowel disease. *Psychological Medicine*, 25, (1259-1267).
- Wass, H., Berardo, F. y Neimeyer, R.A. (1982). *Dying: Facing the facts*. (2ªed.), Washinton: DC: Hemisphere.
- Whitacre, C., Cummings, S. y Griffin, A. (1994). *The Effects of Stress on Autoimmune Disease*. New York: Academic Press.
- Wilber, K. (2000). *Una visión integral de la psicología*. México: ALAMAH.
- Wittkower, E. D. y Dudek, S. Z. (1973). *Psychosomatic medicine: The mind-body-society Interaction*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Woods, W. (1975). What's in a link? En D. C. Bobrow & J. Collins (Eds.), *Representation and understanding*. New York: Academic Press.
- Zanolo, B. (1989). *Introducción a la computación en Psicología*. Lima: Biblioteca Peruana de Psicología- CONCYTEC.

ANEXO I

EL INSTRUMENTO PILOTO DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE (83 REACTIVOS).

MARQUE EL NÚMERO DENTRO DEL PARÉNTESIS, DE ACUERDO A LO SIGUIENTE:

1= TOTALMENTE DE ACUERDO; 2= DE ACUERDO; 3= NEUTRAL; 4= EN DESACUERDO; 5= TOTALMENTE EN DESACUERDO

1.- Me preocupa tener una muerte dolorosa	()
2.- Me asusta no saber cómo será la soledad después de la muerte	()
3.-Tengo miedo a una muerte larga y dolorosa	()
4.- Estoy algo ansioso respecto a lo que le ocurre al cuerpo después de la muerte	()
5.- Los ataúdes me ponen ansioso	()
6.- Me pone triste en perder el control sobre mi dinero después de morir	()
7.- Me angustia estar totalmente inmóvil después de la muerte	()
8.- Me da pánico pensar en las operaciones por una enfermedad	()
9.-Me preocupa mucho si hay vida o no después de morir	()
10.-La idea de que me encierren en un ataúd me angustia	()
11.- Me angustia la idea de no volver a sentir nada después de la muerte	()
12.-El dolor que implica la muerte me preocupa.	()
13.- No me preocupa morir algún día	()
14.-Me da tristeza de que mi cuerpo se descomponga en la tumba	()
15.-Me deprime saber todo lo que perderé después de morir	()
16.-No me gusta en absoluto controlar las situaciones	()
17.-Me preocupa el aislamiento total de la muerte	()
18.-Sufrir de cáncer me asusta particularmente	()
19.-Me angustia estresarme por una enfermedad larga	()
20.-No me gustaría morir con deudas	()
21.-Me da miedo morir de una enfermedad degenerativa.	()
22.-Evitaría la muerte a toda costa	()
23.-El aislamiento total de la muerte me asusta	()
24.-Me inquieta la degeneración física que implica una muerte lenta.	()
25.-No me importaría morir joven	()
26.-El proceso de morir puede ser una experiencia ansiosa	()
27.-Veo la muerte como una liberación del sufrimiento terrenal	()
28.-Me asusta el dolor que implica el proceso de morir.	()
29.- Me inquieta la brevedad de la vida.	()
30.-No pienso que los muertos tengan existencia de ningún tipo.	()

MARQUE EL NÚMERO DENTRO DEL PARÉNTESIS, DE ACUERDO A LO SIGUIENTE:

1= TOTALMENTE DE ACUERDO; 2= DE ACUERDO; 3= NEUTRAL; 4= EN DESACUERDO;
5= TOTALMENTE EN DESACUERDO

31.- No me preocupa no saber qué se siente estando muerto.	()
32.-Si tuviera una enfermedad mortal me gustaría que me lo dijeran.	()
33.-La idea de no volver a pensar o experimentar después de morir no me molesta	()
34.-No me inquieta que la muerte sea el final de la vida tal como yo la conozco.	()
35.- Tengo miedo de morir muy lentamente.	()
36.-Me aterra visitar un tanatorio. Me aterra visitar un tanatorio.	()
37.- Me gustaría donar mi cuerpo a la ciencia.	()
38.- Me asusta de que no haya vida después de la muerte.	()
39.-Me asusta que se desfigure mi cuerpo cuando muera.	()
40.-Me asusta cumplir mis metas en la vida antes de morir	()
41.-Me pone de nervio encontrar a mi creador.	()
42.- Me aterra el pensamiento de que embalsamen mi cuerpo algún día.	()
43.-Me inquieta no vivir el tiempo suficiente para disfrutar mi jubilación.	()
44.-Me asusta morir en un incendio.	()
45.- Me asusta no tener tiempo de experimentar todo lo que quiero.	()
46.-Me asusta experimentar mucho dolor cuando muera.	()
47.- No me gusta la idea de que me quemem.	()
48.-Me asustaría caminar por un cementerio solo, de noche.	()
49.-Me inquieta morir de cáncer	()
50.-Tengo miedo de que no exista Un Ser Supremo.	()
51.-No quiero donar mis ojos después de morir.	()
52.-Sí muero mis amigos estarán tristes durante mucho tiempo.	()
53.-Espero que me vea más de un médico antes de que me declaren muerto.	()
54.-Me asusta en pensamiento de que mi cuerpo se pudra después de mi muerte.	()
55.-Tengo miedo a morir violentamente.	()
56.-Tengo miedo de no poder ver crecer a mis hijos.	()
57.-Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte.	()
58.-Me asusta el hecho de que la muerte signifique el final de todo tal como lo conozco	()
59.-Me trastorna la finalidad de la muerte.	()
60.- La perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad.	()
61.-La muerte es, sin duda, una experiencia horrible.	()
62.-Evito totalmente pensar en la muerte.	()
63.- Intento no pensar en la muerte.	()
64.-Intento no tener que ver con el tema de la muerte.	()

MARQUE EL NÚMERO DENTRO DEL PARÉNTESIS, DE ACUERDO A LO SIGUIENTE:

1= TOTALMENTE DE ACUERDO; 2= DE ACUERDO; 3= NEUTRAL; 4= EN DESACUERDO;
5= TOTALMENTE EN DESACUERDO

65.-Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte.	()
--	-----

66.- Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, intento apartarlo.	()
67.-Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida.	()
68.-La muerte proporciona un escape de este horrible mundo.	()
69.-La muerte es una liberación de dolor y sufrimiento.	()
70.-La muerte es simplemente una parte del proceso de la vida.	()
71.-La muerte es un aspecto natural de la vida.	()
72.-La muerte me pone nervioso ante una enfermedad	()
73.-Pensar en la muerte es una situación horrible	()
74.-Tengo una perspectiva ansiosa de la muerte	()
75.- La muerte es una área que provoca mucha depresión	()
76.-No me gustaría enterarme de todos los servicios que ofrecen las funerarias	()
77.-Tener la seguridad de que moriré no afecta de ninguna manera a mi conducta en la vida.	()
78.-No me siento preparado para superar lo ansioso que soy ante el tema de la muerte.	()
79.-Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir.	()
80.- Entiendo mi depresión relacionada con la muerte	()
81.-No puedo expresar mis ansiedades respecto a la muerte.	()
82.-Puedo disminuir la ansiedad cuando el tema es la muerte.	()
83.-No me importa comprender el tema de la muerte.	()

ANEXO II

Tabla de Especificaciones de la Escala de Ansiedad ante la Muerte (EAM)

Tabla de Especificaciones Ansiedad ante la Muerte (83 Reactivos)

Áreas o contenidos	Objetivo (s)	Subáreas o indicadores	No de reactivos	Total
Ansiedad	1. Conocer las manifestaciones cognitivas (en los pensamientos ansiosos de los sujetos. 2. Determinar las acciones conductuales frente a la angustia de los sujetos	1. Reacciones de pánico ante la muerte 2. Pensamiento de quitarse la vida 3. Preocupaciones financiera ante la muerte 4. Preocupaciones leves a moderadas 5. Situaciones de susto 6. Temor ante la muerte 7. Evitar la muerte 8. Presentación de los ataques de pánico	1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 48, 57, 58, 59, 60, 62, 64, 65, 66, 72, 73, 74, 76, 78, 81 y 82	49.40%
Dolor	1. Identificar las actitudes, dolorosas y desagradables ante la muerte	1. Actitud de liberación de sufrimiento 2. Actitud de desesperación ante la muerte 3. Sensación de molestia, fastidia y dolor	12, 27, 37, 46, 47, 49, 53, 54, 56, 61, 63, 67, 68, 69 y 83	18.07%
Miedo	1. Conocer los estímulos causantes de miedo, temor, afrontamiento etc.	1. Generación de las ideas temerosas antes y después de la muerte 2. Influencia de un estímulo causante de temor 3. Preparación de afrontamiento	3, 9, 21, 28, 30, 32, 33, 34, 35, 45, 50, 51, 55, 70, 71, 77 y 79	20.48%
Depresión	1. Identificar los factores depresivos que manifiestan los sujetos	1. Presencia de trastornos afectivos 2. Vínculos a la situación durante la exposición al estímulo causante de tristeza	6, 14, 15, 24, 29, 31, 36, 52, 75 y 80	8.43%
			Total	100%

ANEXO III**Clasificación de la Subescala de la Escala de Ansiedad ante la Muerte (EAM)**

SUBESCALA %	REACTIVOS	NO DE REACTIVOS	
F1: Ansiedad ante la muerte 49.40%	1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 48, 57, 58, 59, 60, 62, 64, 65, 66, 72, 73, 74, 76, 78, 81 y 82	41	
F2: Dolor por la muerte 18.07%	12, 27, 37, 46, 47, 49, 53, 54, 56, 61, 63, 67, 68, 69 y 83	15	
F3: Depresión ante la muerte 12.05%	6, 14, 15, 24, 29, 31, 36, 52, 75 y 80	10	
F4: Miedo a la muerte 20.48%	3, 9, 21, 28, 30, 32, 33, 34, 35, 45, 50, 51, 55, 70, 71, 77 y 79	17	
	TOTAL	83	100%

ANEXO IV

LA ESCALA FINAL DE 25 REACTIVOS DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE (EAM)

MARQUE EL NÚMERO DENTRO DEL PARÈNTESIS, DE ACUERDO A LO SIGUIENTE:

1= TOTALMENTE DE ACUERDO; 2= DE ACUERDO; 3= NEUTRAL;
4= EN DESACUERDO; 5= TOTALMENTE EN DESACUERDO

1- Tengo miedo a una muerte larga	()
2- Los ataúdes me ponen ansioso	()
3- Me preocupa mucho si hay vida o no después de morir	()
4- Me angustia la idea de no volver a sentir nada después de la muerte	()
5- Sufrir de cáncer me asusta particularmente	()
6- Evitaría la muerte a toda costa	()
7- Tengo miedo de morir muy lentamente	()
8- Me asusta morir en un incendio	()
9- Me inquieta morir de cáncer.	()
10- Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte.	()
11- Intento no tener que ver con el tema de la muerte	()
12- Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, intento apartarlo.	()
13- Estoy algo ansioso respecto a lo que ocurre al cuerpo después de la muerte	()
14- Me angustia estar totalmente inmóvil después de la muerte	()
15- La idea de que me encierren en un ataúd me angustia	()
16- Me preocupa el aislamiento total de la muerte	()
17- Me angustia estresarme por una enfermedad larga	()
18- Me inquiete la degeneración física que implica una muerte lenta	()
19- Me asusta de que no haya vida después de la muerte	()
20- Me asusta cumplir mis metas en la vida antes de morir	()
21- Tengo miedo a morir violentamente	()
22- Intento no pensar en la muerte	()
23- Evito totalmente pensar en la muerte	()
24- Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte	()
25- Pensar en la muerte es una situación horrible.	()

NOMBRE: _____

TELEFONO _____

EDAD: _____ SEXO: _____

TIPO _____ DE _____ ENFERMEDAD _____

ESCOLARIDAD _____

DISPONIBILIDAD DE ASISTIR TERAPIA: SI ____ NO ____ LUGAR DE ORIGEN: _____

ANEXO V

(1) PROCESO LOGOTERAPÉUTICO PARA EL GRUPO A₁ (EXPERIMENTAL)

Proceso Logoterapéutico	Terapias Elaboradas
SECCIÓN I	<p>1.-Elaboración de la ficha de identidad de los pacientes en cuanto a nombre, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico, religión, lugar de origen, tipo de enfermedad y tiempo de evolución. Indagación sobre el motivo de la consulta: Ansiedad ante la Muerte y el Familiograma Trigeneracional.</p> <p>2.-Intervención en Crisis (Psicoterapia Breve) de ansiedad ante la muerte, dirigida a la atención de los 16 pacientes en el grupo A₁ (logoterapia) en agudas situaciones emocionales. Esta técnica fue aplicada, como la teoría psicológica recomienda, en momentos de crisis, ya que aparece como un proceso temporal. En el primer momento de incertidumbre, de indecisión, de ansiedad ante la muerte, de estar sumergido, sin sostén, de no poder enfrentar la situación provocada por una enfermedad.</p>
SECCIÓN II	<p>1.-Compañía emocional: Esta intervención logoterapéutica implicó cumplir funciones muy específicas tales como darles información a los 16 pacientes sobre las condiciones de las enfermedades que padecen, orientándolos sobre los posibles tratamientos de mejoría. Se buscó, a la vez, establecer el rapport consigo mismos, escuchando y confortando sus estados de ánimo. Este apoyo emocional fue muy importante para cada paciente y fue muy necesario para disminuir la ansiedad ante la muerte.</p> <p>2.- En entorno a la logoterapia: En esta actitud psicológica hubo un paralelismo con el Principio Moral presente desde los orígenes de la civilización occidental como de la oriental (India y China), mencionada luego por la Biblia en el Antiguo y Nuevo testamento y que en los documentos filosóficos se denomina: “La Regla de Oro”, que alcanza un punto de significación máxima en el siglo XVII y que se resume en los textos de ética y filosofía de la siguiente manera:</p> <p>a) Como principio de lo honesto: “Lo que tu quieres que otros se hagan a sí mismos, háztelo tu también. Explicar honestamente la enfermedad a los pacientes.</p> <p>b) Como principio de lo conveniente: “Lo que tu quieres que otros te hagan, hazlo tu también”. Motivar a los enfermos lo conveniente de lo logoterapia.</p> <p>c) Como principio de lo justo: Lo que tu no quieras que te suceda, no se lo hagas a nadie. Ser justo con los enfermos. Esta sección consistió de una experiencia moral que se deriva de un principio de Beneficencia y de justicia, que exigió contemplar al cada paciente como si fuera uno mismo. Es una actitud ética ante el otro que se</p>

	<p>traduce para todos los profesionales de la salud en: Respeto hacia al enfermo, buena comunicación, objetividad, coherencia, en fin, calidad científica y humana en la relación con el paciente y su familia (Castillo, 1985).</p>
SECCIÓN III	<p>1.- SopORTE Emocional al paciente con ansiedad ante la muerte. Desde el mismo momento que el paciente recibe la información definitiva del padecimiento se trabajó sobre como superar y aceptar la enfermedad.</p> <p>2.- Esta labor logoterapéutica fue muy delicada. En la misma, se recomendaron algunas lecturas sencillas de comprensión (biblioterapia), de ayuda a algunos pacientes del libro: “El hombre en busca de sentido” (paginas 107 a 116, 18ª ed.) de Viktor Frankl. En esta situación (sección) la logoterapia cumple las siguientes funciones:</p> <p>a.- Facilita el enlace comunicacional con las informaciones necesarias que necesita cada enfermo lo más veraz posible.</p> <p>b.- Manifestar la comprensión del significado de la muerte y del sufrimiento que genera la ansiedad ante la muerte. Se supera el sentimiento de vulnerabilidad permitiendo asumirlo con mayor grado de aceptación, ya que se piensa al igual que Viktor Frankl (1985) que... “La vida del hombre tiene sentido hasta el final, hasta el último suspiro. Sólo una ética que se base en las tradiciones, en el respeto de los seres humanos, en sus particularidades, podrá dar razón suficiente al hecho moral que significa procurar al enfermo morir con dignidad. Acompañar al que va a morir significa encontrar la ocasión de una relación interpersonal, basada sobre la verdad.</p>
SECCIÓN IV	<p>1.- Técnicas para calmar la ansiedad que produce en los pacientes las condiciones psico-sociales. En los pacientes las dolencias, las carencias económicas, les genera una gran ansiedad. Esto, por lo general es causa de intranquilidad, llanto, depresión. Se les proporcionaron explicaciones, calmarlos, se les practicaron técnicas de relajación, les facilita en lo posible, y confort posible para aminorar dichas angustias.</p> <p>2.- Propuesta psicológica para un cambio de Estilo de Vida. A todos los pacientes, se les dio una charla que denominada: “Propuesta de Estilo de Vida Sano” que consistió en explicarle al paciente, por lo general, las distintas alternativas o acciones que son recomendables para rehabilitarse completamente: tranquilidad, buen estado de animo, llevar buena dieta etc.</p> <p>En este sentido y según su forma de vida, el trabajo que realiza, su edad, condición física y socio-económica en general, se le recomienda técnicas que le procurarán su salud integral, en los aspectos generales físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Se aspira a que el paciente se dirija a su realización personal, reevalúe sus valores más importantes y haga elecciones creativas para su futuro, incorporando actividades con claras influencias positivas</p>

	sobre su salud y formen parte de los planes de vida.
SECCIÓN V	<p>1.- Observancia y participación en los Principios Éticos: El presente proceso psicoterapéutico es, quizás, el más difícil de razonar, no obstante el que más se debe de internalizar , pues aunque no es una práctica cotidiana para un psicólogo el estudio de los Principios éticos inherentes a la atención logoterapeutica de los pacientes con ansiedad ante la muerte, resultó ser de gran significado el participar, como pacientes en necesidad de la logoterapia , en la toma de decisiones y más importante aún el asumir actitudes, valores y conceptos que conduzcan y guíen la labor orientadora.</p> <p>2.- La logoterapia se guió por Principios Éticos en la labor que ejerce día a día, y se basó, en que el hombre en estado de necesidad, se encuentra resaltando su carácter personal, y si bien en la persona no se establecen diferencias de sexo, raza, religión , ideología, utilidad social, ni de posición económica, política o social, la categoría ética de la dignidad de la persona humana tiene una orientación especial hacia aquellos cuya dignidad se encuentra especialmente afectada, como es el caso de los pacientes con ansiedad ante la muerte quienes han perdido su libertad y dependen en buena parte, del médico y del equipo que le presta atención.</p> <p>3.- Para la logoterapia es un reto observar y defender los aspectos relativos al cuidado de la dignidad del paciente, el cumplimiento de los derechos que posee, el alivio de los síntomas, el máximo cuidado de respeto a la persona humana. Se centró la atención fundamentalmente sobre el paciente, quien se halla en estado de ansiedad ante la muerte y en quién cada medida y cada procedimiento debe ser administrado en forma precisa. El estado delicado del paciente obliga a una gran rigurosidad, por parte de la logoterapia. Se centró la atención fundamentalmente sobre el paciente, quien se halla en estado de ansiedad ante la muerte. El estado delicado del paciente obligó a una gran rigurosidad, por parte de la logoterapia.</p> <p>4.- Una labor psicoterapéutica, que ayuda a sentirse más tranquila a los pacientes con ansiedad ante la muerte, es la posibilidad que le da el psicólogo de contactar con los médicos para que éstos le informen la condición y detalles sobre el paciente. Una vez que el médico se reúne con la familia el psicólogo le aclara ciertos términos y lo acompaña, bien sea alentando sus esperanzas o aceptando con ecuanimidad la triste realidad.</p>

ANEXO VI

(2) TERAPIA DE APOYO PSICOLÓGICO PARA EL GRUPO A₂

Se les explicó a los treinta (30) sujetos del grupo de apoyo psicológico como llevar a cabo las siguientes técnicas de autoayuda en dos sesiones de dos horas cada una (Terapia Grupal) y, que las llevaran a cabo en un lapso de cinco semanas para después volverles aplicar la post prueba de la Escala de Ansiedad ante la Muerte (EAM).

TÉCNICAS DE AUTOAYUDA PARA CONTROLAR LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

Las Estrategias de Afrontamiento

Se considera como "estrategia de afrontamiento" cualquier esfuerzo saludable o nocivo, consciente o inconsciente, para disminuir o mejorar la ansiedad ante la muerte, o para tolerar sus efectos de la manera menos dañina posible (adaptación).

El cómo adaptarse a la ansiedad ante la muerte está condicionado a diversos factores, propios del individuo o provenientes del entorno:

- a) Capacidad para cubrir las necesidades básicas, con o sin ayuda (relación dependencia/independencia).
- b) Nivel de modificación de las conductas y hábitos (comida, sueño, etc.) y capacidad de asimilación de estas.
- c) Síntomas predominantes de la ansiedad ante la muerte y estrategias desplazadas para su control (nivel de control).
- d) Participación del entorno en el control de la ansiedad ante la muerte y su apoyo emocional como elementos moduladores de su acoplamiento a distintos ambientes.
- e) Nivel cultural y factores religiosos que le permitirán una mayor comunicación y capacidad para compartir estrategias y que influirán en la forma en que este se adapte a la vida con el padecimiento.
- f) Experiencias previas de una situación grave, lo cual puede suponer un cambio temporal o definitivo de sus costumbres, y estrategias de afrontamiento utilizadas, tanto efectivas como fracasadas.

En el aspecto psicológico individual destacan tres variables que afectan el proceso adaptativo a la ansiedad ante la muerte.

(1) Ubicación en el ciclo vital:

Esto es, dónde la persona está con respecto a sus objetivos o tareas vitales, sociales, personales y biológicas cuando el fenómeno de la ansiedad negativa (el padecimiento de una enfermedad) se desarrolla.

(2) Estilo personal de afrontamiento:

Esto es, cómo el individuo "lleva" la ansiedad ante la muerte a través de los recursos previos de su personalidad, experiencias anteriores, ansiedad previa y estrategias de afrontamiento empleadas.

(3) Recursos interpersonales:

Esto es, la familia, los amigos, vecinos, compañeros y grupos de personas y otros apoyos sociales que contribuyen al medio ambiente o entorno del sujeto.

El estilo personal de afrontamiento se refiere a cómo el individuo soporta los sucesos que considera angustiantes por medio de su personalidad, estrategias empleadas y mecanismos de defensa utilizados (conducta); en este también se incluyen los valores y

creencias (culturales y religiosas internalizadas) como moduladores del ajuste psicosocial a la ansiedad ante la muerte. Los significados típicos de la ansiedad (desafío, enemigo, debilidad, valor positivo) son otro elemento importante que hace parte de este contexto psicológico individual. El estilo de afrontamiento también se refiere a la resistencia relativa y a la forma característica en la cual el sujeto responde a situaciones angustiantes; las estrategias de afrontamiento son los patrones que emergen como resultado de los estilos de afrontamiento del individuo y representan conductas, cogniciones y percepciones empleadas en mantener el equilibrio de cara a la situación.

Las estrategias de afrontamiento tienen tres funciones principales:

A. Manejar el problema que desencadena la angustia a través de la eliminación o modificación de las conductas que dan origen a ésta (afrontamiento "enfocado al problema" o estrategias para hacer frente al problema y resolverlo); algunos ejemplos de esta estrategia son:

- * Buscar información o consejo acerca de la situación (racionalización, intelectualización).
- * Buscar y aceptar la "dirección" de una figura autoritaria (adaptabilidad).
- * Acciones emprendidas a "solucionar" el problema; confrontación, establecer alternativas posible: si X, entonces Y.

B. Modificación del significado de la experiencia (control perceptual), neutralizando así su carácter problemático (afrontamiento enfocado a la "revaloración" del problema); algunos ejemplos son:

- * Redefinición cognitiva: se acepta el problema pero se encuentra algo favorable en el mismo (redefinición).
- * Evitación cognitiva: tratar de olvidar, poner fuera de la mente (supresión), hacer otras cosas para distraerse (desplazamiento), esfuerzos para separarse de la situación (distanciamiento).
- * Clasificación de tareas.

C. Regular la ansiedad ante la muerte producida por la enfermedad (regulación afectiva); algunos ejemplos dados fueron:

- * Inversión del afecto: tomárselo a risa, no dar importancia.
- * Aceptación resignada: aislamiento (reducción de estímulos), se abandona y se acepta lo inevitable (fatalismo); se culpa a sí mismo, se sacrifica (autocompasión, expiación).
- * Descarga emocional con otros para descargar ansiedad (preocupación compartida); actividades de tipo temerario, arriesgadas e imprácticas (acting out).
- * Esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones (autocontrol).

Debido a que suelen necesitarse diferentes estrategias en diferentes circunstancias, el fenómeno puede llegar a ser muy complejo. No todos los individuos necesitarán todos los recursos disponibles, si bien su disposición les puede servir donde quiera y cuando quiera que sus necesidades se originen, teniendo en cuenta que para cada situación el tipo de estrategia dependerá del problema a ser manejado (Chacón, 2000):

1. Aspectos físicos

Uno de los puntos de intervención más eficaces y directos para controlar la ansiedad ante la muerte es un cambio del estilo de vida basado en una alimentación correcta, ejercicio regular, respiración apropiada y relajación muscular.

1.1. Alimentación sana

La calidad de la alimentación y el equilibrio entre la ingesta de alimento y el gasto energético poseen una importancia fundamental para un estilo de vida sano. En cuanto al

control de la ansiedad ante la muerte, la alimentación posee un doble significado: en primer lugar, el contenido y la forma de nuestras comidas afectan a nuestra salud general, que, naturalmente, es decisiva para un control eficaz de la ansiedad. Por ello, una alimentación sana y regular es el primer paso en el control de la ansiedad y de sus consecuencias.

1.2. Actividad física

La respuesta de la ansiedad prepara al organismo para la acción física. Los sistemas nervioso y endocrino disponen al cuerpo para la reacción de lucha o huida que, por definición, deben concluir en actividad física. Por consiguiente, un modo eficaz de neutralizar la respuesta de ansiedad es mediante la actividad física (se moviliza una parte del organismo mejorando su funcionamiento y su capacidad, y se consumen triglicéridos, ácidos grasos, colesterol, etc., productos generados en la respuesta de activación), siempre que se cumplan dos condiciones: en primer lugar, los nuevos programas de ejercicios deben introducirse gradualmente; en segundo lugar, la actividad elegida no debe ser muy competitiva, ya que la intervención del ego en la competición puede provocar una mayor ansiedad. El ejercicio además ofrece beneficios psicológicos ya que armoniza la mente y el cuerpo a través de una forma natural de expresión. Proporciona una buena salida a la agresión y depresión, así como una sana distracción de las preocupaciones cotidianas. La sensación de bienestar y tranquilidad duran mucho más tiempo que el período de ejercicio en sí, lo que refuerza los sentimientos positivos respecto a nosotros mismos y nuestro entorno. El ejercicio físico ha de realizarse de forma regular para constituir una medida profiláctica contra la ansiedad: con sólo 30 minutos de ejercicio 3 veces a la semana se ha demostrado que se obtienen beneficios significativos.

1.3. Respiración

La respiración es una función involuntaria y automática que refleja nuestro estado general de activación de la ansiedad; sin embargo, la respiración también puede controlarse voluntariamente. Los centros cerebrales de la respiración están relacionados con los centros que regulan la vigilia; por consiguiente, el respirar de forma regular y reposada favorece la relajación. Así pues, controlando la respiración, controlamos la tensión. Además de facilitar la relajación, la respiración profunda permite inspirar aire más eficazmente, refuerza y pone en forma el sistema pulmonar, mejora las funciones cardiovasculares e intensifica la oxigenación. Un adecuado control de nuestra respiración, en especial en los momentos más conflictivos, es una de las estrategias más sencillas y más eficaces para hacer frente a situaciones de ansiedad y manejar los aumentos en la activación fisiológica (síntomas y signos relacionados con la ansiedad). Además, debemos tener en cuenta que aprender a controlarla es bastante fácil, consume poco tiempo, puede utilizarse en cualquier situación y sus efectos sobre el nivel de activación son identificables de inmediato.

2. Estrategias para hacer frente a la situación y resolverla

2.1. Afrontamiento enfocado al problema

2.1.1. Información

El primer paso para controlar la ansiedad ante la muerte de forma eficaz es comprenderla y reconocer sus efectos negativos en nosotros mismos. Tal conocimiento, y el aprendizaje, potenciación o modificación de estrategias para afrontarlo posee el beneficio de mostrarnos cómo reducir la ansiedad.

2.1.2. Introspección

El control de la ansiedad ante la muerte es una cuestión que atañe tanto a la ciencia como a la filosofía de la vida. Antes de buscar excusas, técnicas y remedios instantáneos externos,

es necesario volverse hacia el interior de uno mismo y emplear en grado sumo el sentido común y la experiencia. Sobre todo, se debe distinguir entre los sucesos y situaciones que se puede y querer controlar.

2.1.3. Establecer alternativas

Nos sentimos frustrados cuando no podemos obtener las metas deseadas o los tipos de comportamiento pretendidos. La estrategia más eficaz para combatir la frustración que nos impide avanzar hacia un objetivo o conducta deseados consiste en encontrar alternativas satisfactorias. Tan pronto como decidimos una solución diferente y pasamos a la acción, la frustración desaparece y la ansiedad disminuye.

2.2. Afrontamiento enfocado a la revaloración del problema

2.2.1. Actitud positiva y autopercepción

Así como la alimentación correcta, la buena forma física y las actividades con ella relacionadas resultan esenciales para aumentar nuestra resistencia a la ansiedad ante la muerte, es fundamental que combinemos un estado de vida sano con una actitud mental positiva y una visión estimulante de la vida. Tal actitud nutre continuamente la autopercepción positiva, enriquece nuestras estrategias y eleva los umbrales de la ansiedad.

2.2.2. Humor y entusiasmo

Con una dosis diaria de entusiasmo y humor se avanza un largo trecho en la lucha contra la ansiedad ante la muerte. El entusiasmo es una fuerza que nos llena de energía, sin dejar espacio para sentimientos y pensamientos negativos, los cuales pueden causar considerable ansiedad. Un humor adecuado no sólo es agradable y mejora las comunicaciones humanas, sino que funde la ansiedad, relaja la capacidad de relativizar las cosas y las muestra en la perspectiva correcta, evitando así dramatizarlas en exceso.

3. Estrategias para controlar las respuestas emocionales asociadas a la situación de ansiedad

3.1. Regulación afectiva

3.1.1. Tolerancia, flexibilidad y adaptabilidad

En tanto que el cambio constituye la base de la evolución de la especie, y en la sociedad moderna nos enfrentamos a cambios crecientes, resulta inevitable que tengamos que hacer frente a la ansiedad.

3.1.2. Distracción

La ansiedad es tanto una causa como un síntoma de estrés que mantiene a la persona ansiosa en un círculo vicioso. La ansiedad puede tener su origen en la imaginación de situaciones, sucesos y pensamientos desagradables. La manera más eficaz de reducir esta ansiedad es interrumpir y detener la cadena de pensamientos que conducen a este estado. Esto puede hacerse sustituyendo los pensamientos desagradables por imágenes serenas y relajantes, tratando de vivir el momento presente. La distracción o reorientación de la atención ayuda incluso a reducir la conciencia del dolor, mientras que la relajación reduce la tensión muscular y la excitación simpática.

3.1.3. Ventilación o Desahogo psicológico

Las reacciones psicológicas que se experimentan en las crisis (confusión, inquietud, desconcierto, revivir imágenes de lo ocurrido, ansiedad, irritabilidad, trastornos del sueño, etc.) son reacciones normales ante situaciones anormales. Es importante saber que aunque estén presentes, también pueden ser tratadas. El objetivo de esta técnica fue cambiar los pensamientos asociados con la situación traumática y que implican emociones negativas (p.ej., rabia, deseos de venganza, miedo, culpa). Además, al abordar cuanto antes estos

síntomas puede ayudar a que no se produzcan más reacciones de ansiedad en otras situaciones y a que no se mantengan de forma prolongada.

3.4. Apoyo social

El apoyo social - no se está hablando del número de conocidos ni de la frecuencia con que se asiste a reuniones, sino del grado de intimidad, solidaridad y confianza que se comparte con otras personas, es una variable protectora contra la ansiedad ante la muerte: estimula y mejora las estrategias de afrontamiento y hace menos necesaria la utilización de otros mecanismos de defensa. El compartir estrategias de afrontamiento además de que establece y llama la atención sobre los aspectos comunes del problema, permite desarrollar métodos de apoyo mutuo para los momentos de tensión que el futuro pueda deparar. Por otra parte, se pueden recoger patrones disfuncionales antes de que ellos alcancen el punto de una ruptura aguda. Reconociéndoles más tempranamente, posiblemente más efectiva sea la intervención.

Por otro lado, si la sincronía de las estrategias del grupo sujeto a ansiedad es un elemento destacable, actuará en forma sinérgica en el control de ésta; si, por el contrario, el antagonismo es un elemento al menos evidenciable, puede conducir a que los miembros se aíslen unos de otros, experimenten abandono o falta de empatía cuando es, simplemente, un diferente estilo de afrontamiento. Las estrategias de apoyo social más efectivas son: expresar afecto positivo, acuerdo y sintonía, ayuda material y facilitar la expresión de ideas y sentimientos.

RESUMEN DE LA TECNICA DE AUTOAYUDA LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

1. ASPECTOS FISICOS

1.1 ALIMENTACIÓN SANA

1.2 ACTIVIDAD FISISCA

1.3 RESPIRACIÓN

2. ESTRATEGIAS PARA HACER FRENTE A LA SITUACIÓN Y RESOLVERLA

2.1 AFRONTAMIENTO ENFOCADO A L PROBLEMA

2.1.1 INFORMACION

2.1.2 INTROSPECCION

2.1.3 ESTABLECER ALTERNATIVAS

2.2. AFRONTAMIENTO ENFOCADO A LA REVALORACIÓN DEL PROBLEMA

2.2.1. ACTITUD POSITIVA Y AUTOPERCEPCIÓN

2.2.2 HUMOR Y ENTUSIAMO

3. ESTRATEGIAS PARA CONTROLAR LAS RESPUESTAS EMOCIONALES ASOCIADAS A LA SITUACION DE ANSIEDAD

3.1. REGULACION AFECTIVA

3.1.1 TOLERANCIA, FLEXIBILIDAD Y ADAPTABILIDAD

3.1.2. DISTRACCIÓN

3.1.3. VENTILACIÓN O DESAHOGO PSICOLÓGICO

3.1.4. APOYO SOCIAL