

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

PROPUESTA: PROGRAMA DE AUTO-DESENSIBILIZACION
SISTEMATICA APLICADA AL TEMOR A LA MUERTE

KARLA MAGALY ROLDAN DE LA ROSA



Guatemala

1995

PROPUESTA: PROGRAMA DE AUTO-DESENSIBILIZACION
SISTEMATICA APLICADA AL TEMOR A LA MUERTE

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología

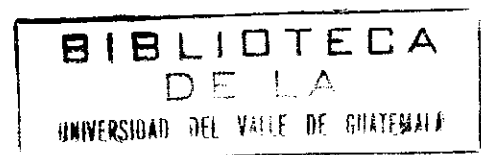
PROPUESTA: PROGRAMA DE AUTO-DESENSIBILIZACION
SISTEMATICA APLICADA AL TEMOR A LA MUERTE

KARLA MAGALY ROLDAN DE LA ROSA

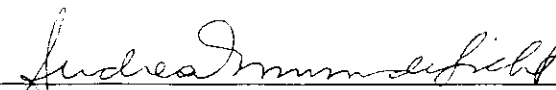
Trabajo de graduación presentado
para optar al grado académico de
Licenciatura en Psicología

Guatemala

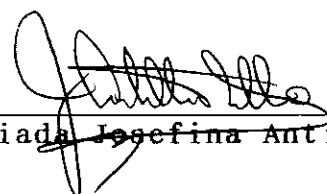
1995




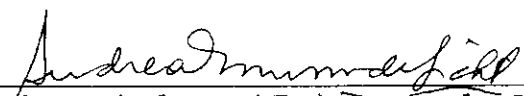
Vo. Bo. :

(f) ~~~~
Licenciada ~~Andrea Musso de Licht~~
Asesora

Tribunal:

(f) ~~~~
Licenciada ~~Josefina Antillón Milla~~

(f) ~~~~
Licenciada ~~Olga M. Cossich Mérida~~

(f) ~~~~
Licenciada ~~Andrea Musso de Licht~~

Fecha de aprobación: 19 de octubre de 1995

PREFACIO

La carrera de Psicología que ofrece la Universidad del Valle de Guatemala, dentro de la Facultad de Ciencias Sociales, permite al estudiante, en el transcurso de la misma, adquirir la preparación necesaria y el entrenamiento suficiente para entender el comportamiento del ser humano, profundizar en el conocimiento de sí mismo y contribuir a la salud mental y a la formación integral del individuo y su sociedad.

Uno de los objetivos de la carrera es capacitar al estudiante para aplicar los métodos, técnicas, instrumentos y procedimientos de la Psicología en diversidad de áreas y situaciones.

De este modo, como estudiante de la ciencia de la conducta, surgió el interés por seleccionar e investigar uno de los problemas que por su naturaleza misma parece ser poco tomado en cuenta en las sociedades del mundo occidental incluyendo a la sociedad guatemalteca.

Este trabajo de investigación está basado en la información de publicaciones encontradas en el medio científico-académico universitario en Guatemala (como libros de texto, tesis y revistas especializadas) que aportan valiosos estudios sobre el tema, los cuales enriquecieron la implementación del presente proyecto.

Agradezco y dedico a Dios y a mis padres todo lo que conlleva lograr, con la presentación de este trabajo, los objetivos siguientes: aportar un proyecto que propone la auto-desensibilización sistemática como solución a tratar el temor a la muerte, y cumplir con el requisito de la Universidad del Valle de Guatemala para optar al título de Licenciatura en Psicología.

INDICE DE CONTENIDO

	Página
PREFACIO	i
RESUMEN	v
I. INTRODUCCION	1
II. MARCO TEORICO	3
A. Aspectos histórico-culturales de la muerte	3
B. Aspectos sociales de la muerte	10
C. Aspectos psicológicos de la muerte	13
D. Desensibilización sistemática	33
III. PROPUESTA: PROGRAMA DE AUTO-DESENSIBILIZACION SISTEMATICA APLICADA AL TEMOR A LA MUERTE	47
A. Objetivos	47
B. Población objetivo	47
C. Ambiente	48
D. Material	48
E. Procedimiento	50
F. Consideraciones especiales	65
IV. CONSIDERACIONES FINALES	71
V. BIBLIOGRAFIA	73
LAMINA 1 Gráfica de los músculos	79
LAMINA 2 Gráfica de posiciones sugeridas	81
ANEXO 1 Escala multidimensional del temor a la muerte	83

ANEXO 2	
Tarjetas	85
ANEXO 3	
Hoja de registro de relajación	87
ANEXO 4	
Hoja de registro del nivel de ansiedad	89
ANEXO 5	
Lectura de toma de conciencia de la muerte	93

RESUMEN

El presente trabajo expone los aspectos histórico-culturales, sociales y psicológicos de la muerte, así como aspectos teóricos de la desensibilización sistemática. Se propone un programa de auto-desensibilización sistemática para personas que manifiesten ansiedad o temor a la muerte desde un nivel moderado hasta intenso, según la Escala Multidimensional del Temor a la Muerte, de Hoelter. El programa incluye tres fases: 1) la construcción de la jerarquía de temor, 2) el aprendizaje de la relajación muscular profunda y 3) la realización del proceso de desensibilización. El programa se desarrolla en dos sesiones semanales de treinta minutos cada una durante ocho semanas. Se presentan ciertas consideraciones especiales que se deben tomar en cuenta al llevarlo a cabo. También se incluyen hojas de registro y otros anexos que facilitan tener un mejor control del mismo. Se espera que al completar el programa la persona muestre poca o ninguna ansiedad o temor a la muerte.

I. INTRODUCCION

La muerte es inherente a todo ser vivo, pero el ser humano es el único que puede pensar, imaginar y manifestar distintos sentimientos en torno a ella. Desde los comienzos de la historia de la humanidad el tema de la muerte ha estado siempre presente, ya que si se observa bajo el punto de vista de la creación divina, el hombre, por haber incurrido en pecado original, es despojado de la inmortalidad y no podrá más vivir eternamente en un paraíso terrenal. Más bien, tendrá que morir para que luego su alma habite en un paraíso celestial o sea condenada en un infierno de tormento y castigo. Si se considera la teoría de la evolución de las especies, se puede observar que todos los seres vivos nacen, crecen, se reproducen y mueren y que este proceso favorece a la conservación de las especies. Según el desarrollo ontogenético hay un punto de partida, crecimiento, desarrollo, declive y decaimiento. Bajo el punto de vista filogenético cada vida constituye una continuación de la vida. Por otra parte, desde la perspectiva científica, se infiere que, con la muerte, la materia no se destruye sino sólo se transforma. De igual manera, según las filosofías orientales, la muerte es considerada como una liberación del cuerpo o Nirvana, mediante el aniquilamiento del yo personal, y también es vista como un sueño en que el individuo se sumerge y no es más que el tránsito a otra existencia personal. Dentro de las teorías psicológicas, el psicoanálisis indica que existe un instinto

de muerte o Thanatos que determina un punto absoluto de no-vida o de inexistencia, y supone que hay una fuerza instintiva, innata e interna que conduce al hombre a la muerte.

Con la elaboración de este proyecto se pretende que la persona considere a la muerte como un hecho real e inevitable que se presentará en cualquier momento de la vida, aceptarla como tal y adoptar una actitud positiva ante ella, sin manifestar ansiedad o temor a la misma. Para esto se desarrolló un programa de auto-desensibilización sistemática con el que se espera, la persona pueda imaginar y visualizar escenas relacionadas a la propia muerte o a la de una persona significativa, al mismo tiempo que existe un estado de relajación en todo su organismo y transfiera estas experiencias a situaciones de la vida real.

II. MARCO TEORICO

A. Aspectos histórico-culturales de la muerte

La actitud que el ser humano ha adoptado ante la muerte, vista como la desaparición o destrucción física del cuerpo, en el transcurso de la historia, difiere según la ideología de cada cultura. Las antiguas civilizaciones concebían a la muerte como un pasaje a otra vida y consideraban que el cuerpo seguía existiendo en la tumba; por eso lo embalsamaban y lo enterraban con todo y sus pertenencias. La civilización egipcia exaltaba el ceremonial y culto a los muertos, con lo que se hacía evidente no aceptar la muerte como experiencia última y definitiva. Los griegos consideraban al hombre como una especie más entre las que habitaban la tierra, por lo que su destino era el mismo que el de cualquiera de ellas (desaparecer). En el mundo occidental, hacia los siglos XII al XVIII, la muerte aparecía como inerte y estática, así como familiar y cercana, sin evocar gran temor o miedo, pues el horror a la muerte física, de la cual el cadáver podría ser considerado como un signo, estaba completamente ausente. En los comienzos del siglo XVIII, los hombres de las sociedades occidentales dieron un nuevo significado a la muerte, exaltándola, dramatizándola e inquietándose ante ella. Pero existía menos preocupación por la propia muerte, que por la de

otra persona, cuya pérdida y recuerdo inspiraron en los siglos XIX y XX el nuevo culto a las tumbas y cementerios. En el siglo XIX destacó que los deudos o sobrevivientes expresaban mayor dolor o pesar por la intolerancia de la separación. Luego este concepto de la muerte tomó otra forma más distante, más dramática y llena de tensión. Así, en el siglo XX, la muerte es percibida como un fenómeno del que no se quiere escuchar, pues se considera como prohibido (Ariés, 1974).

Especialmente en la cultura occidental, el hombre tiende a buscar refugio en un lenguaje eufemístico y, además, la discusión acerca de la muerte es relegada a un área tabú reservada anteriormente para el sexo y enfermedades terribles como el cáncer (Glaser & Strauss, 1965; Grollman, 1967; Shneidman, 1973; Pattison, 1974). Muchos observadores han afirmado que el adulto típico en el mundo occidental prefiere no hablar abiertamente acerca de la muerte, defendiéndose contra su aparición directa, utilizando comportamientos de escapismo, evasión y encubrimiento (Kastenbaum, 1967). Además desearía morir sin dolor ni sufrimiento prolongados, más bien rápido o instantáneamente y mejor si puede ocurrir en la ejecución de un acto de heroísmo o en algún punto cumbre de la vida (Glaser & Strauss, 1965; Shneidman, 1973). Feifel y Kalish (citados en Shneidman, 1973) explican que la muerte es un tema tabú rodeado de desaprobación y que el hombre

reacciona a ella y a sus símbolos en la misma manera como a la pornografía. Evade y niega su existencia, retirando sus ojos de su presencia y protegiendo a los niños de observarla. Habla de ella sólo en murmullos, considerándola horrible, fea y grotesca.

En países donde la revolución de la muerte ha sido radical, una vez que la persona fallecida ha sido enterrada, su tumba no es visitada jamás. En países que utilizan la cremación, como Inglaterra, el motivo se debe a querer librarse del cuerpo y olvidarlo. La gente raramente visita las tumbas o sepulturas (Ariés, 1974).

En otras culturas, como la de los pueblos del archipiélago Malayo, no acostumbran a transportar inmediatamente el cadáver a su última sepultura o definitiva, que es casi siempre un lugar aislado, hasta que se cumple un periodo más o menos largo (entre siete y ocho meses o hasta cuatro y seis años, o incluso diez años antes de rendir los últimos honores al cadáver). Durante este tiempo el cuerpo permanece depositado en un asilo temporal o sepultura provisional (Hertz, 1990).

La institución de una gran fiesta, ligada a las exequias definitivas, es frecuente entre los indonesios. Dicha fiesta dura varios días, y a veces incluso un mes. En este tipo de sociedades la fiesta se repite regularmente cada tres años,

por ejemplo, y se celebra en común para todos los que han muerto en ese periodo de tiempo, abarcando directamente no sólo a la familia de un muerto concreto, sino a la aldea en su conjunto. La muerte no es para estos pueblos un acontecimiento singular que sólo se produce una vez en la historia del individuo, sino un episodio que se repite indefinidamente y se limita a señalar el paso de una forma de existencia a otra (Hertz, 1990).

Entre los Kota, al sur de la India, se llevan a cabo dos ceremonias funerales para cada muerte: la primera llamada el Funeral Verde, rápidamente después de la muerte, y la segunda, el Funeral Seco, aproximadamente uno o dos años después de la muerte. Para los indios Hopi, el mismo proceso puede tomar tres días (Diskin & Guggenheim, 1967).

Existe una analogía entre la exposición del cadáver sobre las ramas de un árbol, tal como lo practican las tribus del centro de Australia, y la que ciertos Papúes, quienes conservan en casa los cadáveres, y que algunos pueblos Bantúes llevan a cabo en el interior de la casa de los vivos, o la que celebran los Polinesios y numerosas tribus indias de América del Norte sobre una plataforma elevada construida expresamente, o el enterramiento provisional observado por la mayor parte de los indios de América del Sur. Todas estas diversas formas de sepultura provisional tienen el mismo objeto, que es ofrecer

al muerto una residencia temporal, en espera de que concluya la disolución del cuerpo y no queden más que los huesos (Hertz, 1990).

Para los Kaliai, habitantes de Papúa, Nueva Guinea, la muerte puede ser causada por un espíritu o por un humano. Puede ocurrir voluntaria o involuntariamente. Si no se debe a una causa externa, es una buena muerte, así como si es voluntaria, y si ocurre no repentinamente, de modo que permita a la persona prepararse para ese momento (Counts & Counts, 1983). En Nueva Guinea y Melanesia, muchas tribus creen que la muerte fue impuesta a la humanidad por una intervención sobrenatural. Creen en un alma que es móvil y en la inmortalidad. Estas sociedades creen en las relaciones causa-efecto; la muerte es un efecto, y la magia negra es a menudo la causa (Van Arsdale & Radetsky, 1983).

Entre los Aymara de Bolivia, la forma del entierro está estrechamente relacionada a la edad del difunto; los niños pequeños son enterrados con menor ceremonia. Para la muerte de un adulto, ciertos comportamientos se consideran necesarios con el fin de ayudarlo en su viaje al otro mundo. Las actitudes hacia la muerte entre los Edo, del Reino de Benin en Nigeria, están condicionadas por el estatus social del difunto y la extensión que ha alcanzado; así, la muerte de un hombre a una avanzada edad con muchos descendientes, es motivo de

regocijo. Entre los Azande del Sudán-Congo, la muerte es atribuida al resultado de la malevolencia de un hechicero. En sociedades con clases estructuradas, como en Europa y Estados Unidos, la naturaleza de la práctica mortuaria refleja la posición social del difunto, que se observa en el número de personas que atienden el funeral, la cantidad de flores y los vehículos (Diskin & Guggenheim, 1967). En la sociedad americana contemporánea, las causas de muerte son consideradas función de un sistema de creencias que tiene sus raíces en la ciencia experimental y en la observación cuidadosa de los fenómenos biológicos. A raíz de esto se puede observar un cambio profundo en las actitudes de los hombres hacia la muerte, pues no ven más a la muerte como resultado de desagrado divino, o como el precio de una transgresión moral, sino más bien como el resultado de la negligencia personal o de un accidente inesperado (Fulton, 1967).

Las sociedades occidentales, en donde domina la ideología judeo-cristiana, asumen que existe la Resurrección, así como la inmortalidad del alma y la vida eterna en un lugar de recompensa o de castigo, dependiendo del comportamiento individual en la vida (Jackson, 1967). En el judaísmo, la muerte es real e inevitable; el hombre sabe que debe morir, ya que la muerte es una parte orgánica, natural y lógica de la vida. Los judíos reformadores consideran a la muerte como

universal, y aparece dentro del esquema de las cosas de Dios; proviene de El, así como la vida; ambas son naturales e inevitables y no hay razón para temerles. El judío ortodoxo está entregado a la creencia en la recompensa, la inmortalidad y la resurrección. Los judíos conservadores mantienen el punto de vista especulativo y medieval de los rabinos de que el alma es una entidad distinta que goza de una existencia independiente (Grollman, 1967).

✱ Para los católicos, la muerte no debe ser temida, sino preparada inteligentemente con oraciones y esperanza. La filosofía católica explica que la vida humana es la consecuencia de la unión en cada hombre, de su cuerpo material con el alma no material e inmortal. Ya que cada hombre tiene un alma que sobrevivirá la separación del cuerpo, la muerte pierde su carácter terminal y abre el camino a una nueva vida llena de esperanza. La muerte no se lleva a la vida, sino que le da una nueva dirección (Riley, 1967).

Desde el punto de vista filosófico, el ser humano es un ser único en el que se distinguen un cuerpo y un alma, y a veces se ha interpretado que el alma es la personalidad humana y el cuerpo es una prisión en la que el alma está temporalmente detenida. De acuerdo a ello, la muerte sería un anuncio de bienvenida para el alma que ha estado unida con la substancia material del cuerpo (Riley, 1967). Desde el punto

de vista epistemológico, cualquier intento de comprender la muerte esfuerza y preocupa a la mente, porque el pensamiento no puede comprender el concepto de no ser (Shneidman, 1973).

La muerte es, después de todo, uno de los aspectos característicos de la existencia humana, y las personas de cualquier sociedad deben encontrar los medios para tratar con esta crisis recurrente (Glaser & Strauss, 1965).

B. Aspectos sociales de la muerte

La muerte tiene para la conciencia social una significación determinada, y constituye un objeto de representación colectiva. La muerte, para la conciencia colectiva, es el tránsito de la sociedad visible a la sociedad invisible. La muerte no se limita a poner fin a la existencia corporal visible de un vivo, sino que del mismo golpe destruye al ser social inserto en la individualidad física, a quien la conciencia colectiva atribuye una importancia y dignidad más o menos fuerte. El hecho de la muerte física no basta para consumir la muerte en las conciencias; la imagen del que acaba de morir forma aún parte del sistema de cosas de este mundo, y sólo se separa de él poco a poco (Hertz, 1990).

En la muerte social, el individuo se considera muerto y literalmente se marchita hasta que realmente se encuentra

muerto. El alejamiento y separación de los demás es lo que causa que el individuo perciba su propia muerte social. En el contexto de la vida diaria existen otras clases de muerte social, como la separación de aquellos con quienes se ha mantenido una relación estrecha o del grupo común de semejantes, el cambio en el ambiente de vida, la separación del lugar de vivienda o de trabajo, por expatriación o por exilio (Shneidman, 1973).

En la antigüedad, la muerte era un acontecimiento de la familia. Generalmente tenía lugar en la casa, estando presentes los miembros de la familia. Estos cuidaban al moribundo en los últimos días. Incluso después del fallecimiento, los detalles de la preparación del cuerpo para el entierro y los ritos fúnebres constituía un evento familiar y comunitario. En los últimos años del siglo XX la mayor parte de la gente moría en el hospital con personal médico que atendía sus necesidades. Los profesionales en la preparación de cadáveres para las pompas fúnebres se encargaban de arreglarlo, y el cuerpo era presentado para una vista final en un "velatorio" (Craig, 1988).

La muerte es un hecho profundo no sólo para el individuo sino también para la sociedad. Las respuestas y reacciones que trae consigo la muerte tienen tanto una aproximación personal como social. La forma en que cada sociedad hace

frente a la muerte está determinada por sus propias ideas, creencias, valores y prácticas. Algunas sociedades ven a la muerte como un logro en las perspectivas de cada uno, pero otras no. Tanto dentro o fuera de la familia, los cambios en valores, creencias y prácticas pueden no solamente alterar el significado de las relaciones y evaluaciones hacia los otros, sino también pueden afectar las reacciones sociales y respuestas emocionales hacia la muerte de ellos mismos (Fulton, 1967).

Una de las principales paradojas de nuestra sociedad es que la muerte es un tema tanto popular como prohibido. La muerte de alguna persona muy conocida se discute extensamente, al mismo tiempo, el tema de la muerte en sí es ampliamente evitado (Shneidman, 1973).

En la sociedad actual existen dos tipos de perspectivas sobre la muerte. Uno es un punto de vista más cerrado sobre la muerte, en el que la inevitabilidad de la misma es negada y es considerada como enemiga, fracaso, final sin sentido, o enfermedad que debe ser evitada a cualquier costo. La segunda perspectiva sobre la muerte trae consigo un punto de vista más abierto que afirma que hay cierta continuidad entre vivir y morir y que frecuentemente incluye interpretaciones filosóficas acerca de la muerte (Reed, 1986).

Al mismo tiempo se pueden observar cuatro actitudes

diferentes hacia la muerte: negación de la muerte, desafío de la muerte, deseo de la muerte y aceptación de la muerte. Las sociedades occidentales tienden a negarla, mientras que la actitud de desear la muerte es menos común y puede considerarse como un medio de resolver conflictos o de eliminarse a sí mismo por venganza a otros. Aquellos que luchan por causas nobles, ideologías, familia y país desafían al hecho de morir en el acto mismo. En la actitud de aceptación a la muerte, ésta es vista como parte de la vida y como parte integral de la existencia (Pattison, 1974).

En general, las actitudes hacia la muerte son de diversa índole, muestran distinta intensidad y orientación según la persona que las manifieste y dependen del desarrollo de experiencias individuales, del contexto cultural, de las circunstancias personales actuales y de las reacciones a las situaciones estresantes experimentadas por cada individuo (Bobadilla et al., 1982; Makselon, 1984).

C. Aspectos psicológicos de la muerte

Los estoicos decían que la muerte es el hecho más importante de la vida. Aprender a vivir bien es aprender a morir bien y viceversa. Cicerón dijo: "Filosofar es prepararse para la muerte" y Séneca: "Nadie disfruta el

verdadero gusto por la vida hasta que está dispuesto y listo para abandonarla". San Agustín expresó la misma idea: "El verdadero ser del hombre nace de cara a la muerte" (Yalom, 1984). Freud creía que la transitoriedad de la vida aumenta el disfrute que se experimenta con ella, y decía que "la limitación de la posibilidad de disfrute eleva el valor del mismo" (Yalom, 1984).

La muerte es un doloroso proceso psicológico universal e inevitable que debe ser afrontado, el cual se expresa bajo forma objetiva y mística en la creencia de que el alma rompe progresivamente los vínculos que le atan a este mundo (Hertz, 1990).

La explicación de la muerte varía de acuerdo a si es vista como el principio de una nueva experiencia o como el fin de la existencia. Por otra parte, la familiaridad con la muerte es una forma de aceptar el orden de la naturaleza (Ariés, 1974). Negar la muerte a cualquier nivel es negar la naturaleza básica del hombre, lo que restringiría cada vez más la conciencia y la experiencia (Yalom, 1984).

Nacimiento y muerte son dos procesos naturales, pero su influjo psíquico y el significado personal que revisten varían muchísimo. El nacimiento se espera con optimismo y emoción, en tanto que la realidad de la muerte se evita y se niega casi siempre (Craig, 1988).

La muerte es el fin universal de todos los seres vivientes; pero sólo el hombre, por virtud de su vida introspectiva, puede conceptualizar su propia muerte (Shneidman, 1973). Los seres humanos son los únicos que saben que morirán, y sólo ellos pueden experimentar ansiedad a la muerte. La ansiedad acerca del misterio de la muerte ha sido discutida por poetas y filósofos durante varios siglos; no obstante el campo de la psicología ha protegido sus ojos de una visión directa sobre este fenómeno inevitable (Bohart & Bergland, 1979; Kelly, 1985).

El significado de la muerte se aprende como cualquier otro concepto intelectual mediante la experiencia y elaboración de modelos previos (Bobadilla et al., 1982).

Pensar en la muerte trae consigo temor. El temor a la muerte no es solamente un fenómeno cultural sino también parte del ser humano (Grollman, 1967). Los investigadores han conceptualizado y operacionalizado la orientación a la muerte en términos unidimensionales como ansiedad a la muerte o temor a la muerte (Rigdon & Epting, 1985).

La teoría psicoanalítica afirma que la ansiedad o el temor frente a la perspectiva de la propia muerte es normal. Pero la gente difiere en la manera de confrontar esa ansiedad, ya que el valor personal y cultural de esta ineludible realidad de la existencia humana determina si a los individuos

les causan temor o preocupación los pensamientos de su propia muerte (Craig, 1988).

El temor a la muerte es un fenómeno psicológico caracterizado por ansiedad general hacia la muerte (Florián & Har-Even, 1983). Estudios anteriores han examinado la relación entre ansiedad y temor a la muerte y han encontrado que estos constructos están positivamente relacionados de manera que se usan indistintamente (Hoelter & Hoelter, 1980). El constructo llamado alternadamente ansiedad a la muerte o temor a la muerte, posee varias dimensiones. Por ejemplo, Collett y Lester (citados en Pollak, 1979) distinguen entre el temor a la muerte de sí mismo, el temor a morir, el temor por la muerte de otros, y el temor de que otros mueran. Choron (citado en Pollak, 1979) señala tres tipos de temor a la muerte, como temor a lo que viene después de la muerte, temor al hecho de morir y temor a la extinción del ser. Kastenbaum y Aisenberg (citados en Pollak, 1979) argumentan que la ansiedad a la muerte está constituida por el temor a la extinción, aniquilación, anulación y fin de la existencia. Nelson y Nelson (citados en Pollak, 1979) identifican cuatro dimensiones de la ansiedad a la muerte, tales como, evitación de la muerte, temor a la muerte, negación de la muerte, y rechazo a interactuar con el moribundo.

Posiblemente como resultado de la falta de claridad en la

interpretación de los conceptos, los términos **temor a la muerte** y **ansiedad a la muerte** se han utilizado intercambiablemente en la literatura (Littlefield & Fleming, 1984; Yalom, 1984).

Para propósitos de este estudio, el **temor a la muerte** se puede considerar como una reacción emocional que envuelve sentimientos subjetivos de desagrado y preocupación basados en la contemplación y/o anticipación de alguna de las múltiples facetas relacionadas con la muerte (Hoelter & Hoelter, 1980).

El temor a morir es permanente y de tal magnitud que una parte considerable de la propia energía vital se consume en la tarea de negar la muerte. Para Yalom (1984), uno de los afanes básicos del ser humano es intentar trascenderla. Opina que el temor a la muerte constituye una fuente primaria de angustia, que se presenta desde las primeras etapas de la vida y configura la estructura caracterológica. Además continúa generando angustia a lo largo de toda la vida, lo que causa trastornos manifiestos y conduce a la formación de defensas psicológicas. El temor a morir existe en todos los niveles de la conciencia: desde el nivel más superficial, consciente e intelectualizado, hasta el más profundo e inconsciente. La persona tiene una percepción muy limitada de la muerte hasta que se enfrenta con ella (Yalom, 1984).

La ansiedad ante la muerte parece ser el único síntoma en

el proceso ininterrumpido de establecer y aceptar el significado de la muerte dentro del contexto de la existencia humana (Craig, 1988). Una vez que la persona acepta que morirá, raras veces se revierte el proceso (Bobadilla et al., 1984).

Yalom (1984) propone, al igual que Pattison (1974), la existencia de una gran variedad de temores asociados a la muerte: el dolor al morir, la vida después de la muerte, el temor a lo desconocido, la preocupación por la familia, la pérdida de identidad, el miedo al daño corporal, la soledad y la regresión. En los países occidentales, orientados hacia la realización y el éxito, la muerte se equipara curiosamente con el fracaso. Cada uno de estos temores secundarios, examinados por separado y en forma racional, resultan menos aterradores que toda la Gestalt, aunque todos revisten un aspecto obviamente desagradable del hecho de morir (Yalom, 1984).

Florian & Kravitz (citados en Florian & Har-Even, 1983) propusieron un modelo teórico que comprende tres componentes del temor a la muerte personal: 1) intrapersonal, que se divide en la pérdida de la autorrealización y la autoaniquilación; 2) interpersonal, que incluye la pérdida de la identidad social y las consecuencias a familiares y amigos; 3) transpersonal, que incluye temor a las consecuencias trascendentales de la muerte y el temor al castigo en el más

allá.

Aparentemente, la ansiedad a la muerte no es un problema enfrentado solamente por los moribundos, sino por todos los individuos, en especial los de la sociedad occidental, ya que tal ansiedad parece prevalecer entre todos los segmentos de la población. Asimismo, existen pocas investigaciones enfocadas a aliviar la ansiedad a la muerte en poblaciones no-terminales (Peal, Handal & Gilner, 1981). Se ha visto que las actitudes hacia la muerte son **multidimensionales**, o sea que son múltiples, coexisten y varían entre los individuos, pues numerosas dimensiones o **variables** pueden simultáneamente caracterizar los sentimientos, cogniciones y reacciones individuales a la muerte (Durlak & Kass, 1981).

Por ejemplo, en cuanto a la **edad**, las investigaciones de Nagy (citado en Candy-Gibbs, Colby & Petrun 1985) y de Wenestam & Wass (1987) sugieren que los niños de cinco años o menos conciben la muerte como reversible y parecida al sueño y la entienden como una restricción temporal. Los niños entre cinco y nueve años describen la muerte como inevitable y debida a causas externas. A los nueve años los niños entienden la muerte como universal (la muerte llega a todos), irreversible (la muerte es el final de la vida) e inevitable (la muerte ocurre por la terminación de las funciones internas del organismo). Durante la adolescencia son capaces de

formular creencias y pensamientos abstractos sobre la inmortalidad. Sus conceptos sobre la muerte han alcanzado el nivel adulto de madurez.

Dickstein (citado en Mullins & López, 1982) afirma que la ansiedad hacia la muerte es relativamente baja durante la adultez joven hasta la adultez media, y que los sujetos más viejos tienden a negar su temor hacia la muerte más a menudo que los sujetos más jóvenes. Jacques (citado en Yalom, 1984) hace hincapié en que la idea de la muerte atormenta especialmente a la persona que se encuentra en la mitad de la vida, ya que esta es la época en que empieza a preocuparse por el pensamiento, a menudo inconsciente, de que "ha dejado de crecer para empezar a envejecer". Stricherz y Cunnington (1982) encontraron que los jóvenes y adolescentes manifiestan preocupación por la muerte centrada en la pérdida de las personas amadas, el castigo y la finalidad de la vida. Las personas adultas muestran temor al dolor en el momento de morir y a morir prematuramente. Aquellos mayores de 50 años se preocupan más por sentirse inútiles y dependientes antes de morir, como reacción a las limitaciones físicas de envejecer y enfermarse. Según Goebel y Boeck (1987), los ancianos más viejos (setenta y seis a noventa años) se muestran menos preocupados con los aspectos de su finitud que aquellos ancianos menos viejos (setenta a setenta y cinco años).

Aunque los ancianos con inmadurez psicológica o trastornos psiquiátricos dan muestras de sufrir angustia manifiesta ante la muerte en alto grado, no importando el factor edad (Yalom, 1984).

Algunos estudios indican que el temor a la muerte disminuye en cuanto la edad avanza, mientras que otros afirman que la preocupación por la muerte incrementa con la edad (Mullins & López, 1982). Pollak, Lester, Templer, Ruff y Frank (citados en Pollak, 1979) reportan que no existe relación entre la edad y la ansiedad a la muerte. Estos estudios sugieren que, al menos en el nivel consciente, el temor a la muerte no aumenta con la edad, y que la edad es sólo uno de los factores que afectan la comprensión de la muerte. Independientemente de la edad en que se presenta mayor o menor temor a la muerte, el ser humano es el único que puede fantasear acerca de su propia muerte e imaginársela de una forma agradable o desagradable.

En cuanto a la variable **sexo**, varios estudios reportan mayores niveles de ansiedad a la muerte en las mujeres que en los hombres, mientras que otros indican que no existen diferencias entre los sexos en relación al grado de ansiedad a la muerte. También se ha encontrado que el mayor grado de temor a la muerte asociado a las mujeres, no abarca todas las dimensiones que aquél incluye, sino sólo algunas áreas

específicas (Pollak, 1979). Lester (citado en Florian & Har-Even, 1983) encontró que las mujeres experimentan más temor a la muerte personal, a morirse y a la muerte de otros. También encontró que los hombres se preocupan más que las mujeres por el sufrimiento que su muerte causaría a otras personas (Lester, 1984). Las mujeres jóvenes revelan mayor temor a la pérdida de identidad y a la auto-aniquilación, mientras que los hombres muestran más temor en relación a las consecuencias a familiares y amigos y al castigo en el más allá. Según la explicación psicoanalítica, las diferencias de los roles sexuales se refieren a los patrones educacionales pasivos y dependientes para las mujeres, y activos e independientes para los hombres (Florian & Har-Even, 1983).

Stillion (citado en Crase, 1986) expone que la ansiedad a la muerte es sustancialmente mayor en las mujeres que en los hombres a través de su vida. Discute cuatro actitudes estereotípicas que caracterizan la tradicional diferencia del rol sexual y que influyen en las respuestas a la muerte y al fenómeno de morir. La primera se refiere a la necesidad del hombre de ser viril, independiente y auto-suficiente. Muestra la tendencia a suprimir incomodidades somáticas y padecimientos físicos y es más renuente a admitir temores y ansiedades relacionados con la muerte y la salud. Por otro lado, la mujer se inclina más a concordar con sus necesidades

somáticas, a buscar ayuda médica y consejería, es más expresiva y más propensa a reflejar ansiedades relacionadas a la muerte.

Un segundo estereotipo implica que los hombres intentan parecer independientes, racionales y en control de sus acciones. En cambio las mujeres manifiestan mayores necesidades de dependencia, que también implican apego a los hombres, quienes deben ser fuertes, independientes y menos emocionales; así la mujer puede expresar sus temores en forma socialmente aceptable.

El tercer estereotipo sugiere que al hombre le es impuesto el rol de "proveedor" y a la mujer de "nutricia". Esto sugiere que el hombre, más que la mujer, se ve forzado a adoptar este rol de proveedor durante su vida, así que pensar en enfermarse severamente o morir sería más incómodo y amenazante para él, que para la mujer.

El otro estereotipo es el que muestra a los hombres como "machos" y a las mujeres como "frágiles", en donde se espera que el hombre sea agresivo, competitivo, dominante, combativo, etc. Por el contrario, se espera que la mujer sea más frágil, romántica y más sensible a las heridas físicas y emocionales y exprese más temor a la muerte.

Lo anterior confirma que las diferencias en las actitudes hacia la muerte son consistentes con los roles sexuales

tradicionales, de tal suerte que la mujer puede expresar este temor de forma más abierta (Perkes & Schildt, 1979).

Templer et al (1983) encontraron que los homosexuales obtienen punteos similares a los heterosexuales, aunque las mujeres y hombres homosexuales presentan casi las mismas puntuaciones en las escalas de ansiedad a la muerte, en contraste con las poblaciones heterosexuales, en donde las mujeres obtienen punteos mayores que los hombres.

En relación al **estado civil** se ha encontrado que las personas casadas que realmente aman a su esposo(a), desearían que el(la) esposo(a) muriera primero para que se evite la angustia y el duelo de éste(a) (Shneidman, 1973). Parkes (citado en Shneidman, 1973) y Crane (1969) han encontrado que, independientemente de la edad, aquellos que recientemente han enviudado es más probable que mueran o que se enfermen físicamente o se perturben emocionalmente, que entre los que no han enviudado o que están casados.

Como variable componente en el concepto de temor a la muerte, el estado de **salud** o el diagnóstico médico parecen tener poca influencia sobre las perspectivas hacia la muerte, las cuales pueden ser mas una función del desarrollo o de factores psicosociales que un diagnóstico de la condición de salud en sí (Reed, 1986). Aunque según Templer (citado en Mullins & López, 1982) una elevada ansiedad hacia la muerte

está asociada a una salud física funcional precaria, ya que aquellos que generalmente miden su salud como "pobre" tienen mayores niveles de ansiedad a la muerte, aun cuando su salud física funcional se encuentre bien.

En cuanto a **logros personales** se ha encontrado evidencia que los individuos más realizados e integrados manifiestan menos temor y ansiedad a la muerte que aquellos que han fracasado en lograr sus ideales y que poseen menores niveles de integración de sí mismos (Robinson & Wood, 1984). Aquellos individuos cuya auto-percepción muestra más incongruencia con sus propios ideales y sus proyectos en la vida son incompletos, manifiestan mayor temor a la muerte que quienes muestran más congruencia con sus ideales y se perciben realizados (Neimeyer & Chapman, 1980). En otros estudios aparece que la ansiedad a la muerte es mayor en personas que carecen de un sentido personal de efectividad, dominio y poder, y disminuye marcadamente en personas que poseen alta auto-estima y que experimentan un alto grado de significado y propósito en sus vidas (Pollak, 1979). Según Yalom (1984), el sentido de plenitud y el sentimiento de que la vida se ha cumplido satisfactoriamente mitigan el temor a la muerte.

En el contexto de las **relaciones sociales** Carpenter y Wylie (citados en Mullins & López, 1982) indican que la ansiedad a la muerte puede estar asociada con el apoyo social.

Aquellos socialmente integrados tienen mayores deseos de vivir que los socialmente aislados. De este modo, si el apoyo social es adecuado, la muerte puede significar la terminación de una importantísima relación con ciertas personas y el medio. Por otra parte, según Nelson (1979) el efecto de la integración social en la ansiedad a la muerte sugiere que ésta varía inversamente en relación a la participación social y al estatus social.

En relación al **nivel socioeconómico**, Farley (citado en Pollak, 1979) encontró que estudiantes universitarios varones con mayor ansiedad a la muerte pertenecen a un nivel socioeconómico más alto que aquellos que expresan menor preocupación y temor a la misma.

En cuanto al **nivel educacional**, Riley (citado en Mullins & López, 1982) notó que aquellos con menores logros educativos parecen más preocupados respecto de la muerte. Contrario a ello, Mullins y López (1982) encontraron que aquellos sujetos con mayores niveles educativos experimentan más ansiedad a la muerte que aquellos con menos educación.

Por otra parte, se ha visto que las **creencias religiosas**, particularmente la creencia en una vida futura, juegan un papel significativo en las actitudes positivas hacia la muerte (Reed, 1986). Filósofos y teólogos como Russell, Sartre y Pascal observaron la relación entre la ansiedad a la muerte y

las convicciones religiosas acerca de una vida futura después de la muerte. Tal relación depende más bien de las creencias religiosas en sí que tiene un individuo, y no del grado promedio de su religiosidad (Kelly, 1985). Los aspectos positivos de las creencias religiosas que disminuyen la ansiedad a la muerte incluyen que la muerte es un vehículo de unión con Dios, la bondad será recompensada, Dios y todos los santos lo confortarán a uno y a los dolientes antes y después de la muerte, uno se reunirá con sus seres queridos en el cielo y que a través de haber vivido una vida buena, uno ha movido al mundo a acercarse a la redención. En los aspectos negativos de las creencias religiosas que incrementan la ansiedad a la muerte se incluyen la creencia de que uno ha decepcionado a Dios y lo ha abandonado, de ser castigado en el infierno o purgatorio por los pecados cometidos, y que uno está muriendo con muchos asuntos inconclusos en favor de redimir a la humanidad (Kelly, 1985).

En relación al **tipo de muerte**, aquellos que han sufrido pérdidas tempranas de un padre o figuras queridas, recuerdan más a menudo el tema de la muerte y tienden a estructurarlo en una forma cognitivamente remota, lo cual puede indicar una necesidad de protección contra el hecho de pensar sobre la muerte (Taylor, 1983; Yalom, 1984). De acuerdo a Hoelter y Hoelter (1980), aquellos que han perdido un miembro cercano

de la familia, tienen niveles más bajos de temor hacia la muerte y esto ayuda a confrontar y resolver aspectos específicos de la muerte. Una exposición reciente a la muerte es un estímulo para pensar acerca de la misma.

Además influyen otras variables: el tiempo que ha precedido a la muerte del ser querido, la forma de su muerte (suicidio, homicidio, accidental, natural), la duración de una enfermedad terminal y la edad de quien muere.

Algunos de los temores a la muerte pueden reducirse, al considerar que no todas las muertes son iguales. La muerte trágica e inoportuna de una persona en pleno vigor de su vida es completamente diferente de aquella de una persona de edad avanzada que ha completado el ciclo de su vida y que posiblemente ve a la muerte como una amiga. La ejecución de un criminal, el suicidio de un estudiante, la muerte causada por un accidente, o las víctimas en los servicios de guerra, pueden ser todos trágicos en su propio sentido, pero su naturaleza tan distinta hace que se le dé un significado particular relacionado con la ansiedad generalizada producida por el hecho de sólo pensar en la muerte (Jackson, 1967).

Por aparte, existe una fuerte tendencia a evitar la interacción con **personas moribundas** y a esconder la gravedad de su condición. Las familias encuentran difícil discutir sobre la muerte con parientes moribundos y les proveen

relativamente poco apoyo emocional. Como resultado de ello, los miembros moribundos de la familia con frecuencia enfrentan la muerte solos y su intento de obtener consuelo de parte de su familia es rechazado. La interacción entre las personas moribundas y los miembros de la familia tiende a enfatizar la incapacidad de los familiares de responder significativamente al hecho de la muerte antes de que ésta ocurra (Crane, 1969).

La muerte es algo que la mayoría de personas no saben cómo discutir, especialmente con **personas moribundas**. La introducción del tema de la muerte en tales conversaciones, usualmente resulta en perturbación, evasión o pretextos (Shneidman, 1973). El hecho de morir puede tornarse excesivamente complejo para familiares, médicos, enfermeras, y paciente, quienes pueden tener diferentes expectativas o interpretarlas en forma distinta (Glaser & Strauss, 1965). Desafortunadamente, en muchos casos, los miembros de la familia pueden inadvertidamente rechazar al paciente que confronta realidad de la muerte, mientras que el personal de profesionales a su cargo puede distanciarse para evitar involucrarse emocionalmente (Chng & Ramsey, 1984).

Debido a que la interacción con las personas moribundas es estresante, también el personal médico suele presentar conductas defensivas al tratarlas como si fueran un objeto, o un caso en un estudio científico. En cambio, los médicos que

utilizan un tipo opuesto de orientación, o sea, un enfoque humanitario en donde el individuo es tratado como persona, aparentemente tienen mayor dificultad en ajustarse al interactuar con pacientes terminales (Crane, 1969).

Kubler-Ross (citada en Craig, 1988) distingue cinco etapas en el proceso de hacerse a la idea de la muerte, en la situación relativamente a corto plazo en la cual la muerte se convierte en una posibilidad inmediata: negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

En la etapa de **negación** el sujeto rechaza la posibilidad de la muerte y busca otras opiniones y diagnósticos más favorables.

Una vez que se da cuenta de que va a morir sin remedio, hace su aparición la ira, el resentimiento y la envidia, o sea la etapa de la **ira**. El sujeto se siente frustrado porque sus planes y sueños no se realizarán.

En la etapa de la **negociación** se buscan formas de ganar tiempo, haciendo promesas y pactando con Dios, los médicos, las enfermeras u otros para obtener más tiempo o alivio al dolor y al sufrimiento.

Cuando fracasa la negociación o se va acabando el tiempo, llega la desesperación y la depresión. El que se encuentra en la etapa de **depresión** lamenta las pérdidas que ya han ocurrido, lo mismo que la muerte y la separación de la familia

y los amigos que pronto sobrevendrá.

En la etapa final de **aceptación**, se acepta y guarda serenamente el desenlace definitivo.

Las etapas de Kubler-Ross describen las reacciones comunes frente a la propia muerte, pero no son de algún modo absolutas. No todos pasan por ellas y sólo unos cuantos las atraviesan en este orden particular. Muchos factores influyen en las reacciones del individuo, entre otros su cultura, personalidad, religión, filosofía personal respecto a la vida, la duración e índole de la enfermedad (Craig, 1988).

Los psicólogos concuerdan en afirmar que las personas que van a morir deben enfrentar, por última vez, el problema de la pérdida y de la separación respecto del mundo y a las personas.

El dolor y la aflicción son una respuesta a la pérdida; una reacción definida caracterizada por síntomas psicológicos y fisiológicos. La expresión del dolor puede también ser vista como una función del valor psicológico que una persona puede tener para otra dentro del contexto familiar en sí (Fulton, 1967).

Según el DSM-IV (1994), el duelo es una reacción a la muerte de un ser querido. Como parte de la reacción a la pérdida, algunos individuos presentan síntomas característicos de un Episodio de Depresión Mayor (ej.,

sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio, apetito pobre, y pérdida de peso). El deudo del difunto típicamente considera al estado de ánimo deprimido como "normal", aunque puede buscar ayuda profesional para aliviar los síntomas asociados como el insomnio o la anorexia. La duración y expresión del duelo "normal" varía considerablemente entre diferentes grupos culturales. El diagnóstico de Desorden de Depresión Mayor generalmente no se proporciona al menos que los síntomas estén aún presentes dos meses después de la pérdida.

Para los que la muerte es el fin de la identidad personal, o peor aún, el fin de la existencia individual, desarrollarán una actitud en la vida distinta a la de aquellos que aceptan como parte de su fe la enseñanza de que la vida sobre la tierra es una preparación para la vida eterna (Riley, 1967). Asimismo, se ha notado que conforme las personas se vuelven conscientes de su propia mortalidad, la muerte personal es percibida menos negativamente (Reed, 1986).

De este modo se puede observar que el tiempo para prepararse para la muerte es cada día de la vida misma, no en el sentido de estar preocupado con pensamientos sobre la muerte, sino que vivir de modo que cuando ésta se presente no causará amenaza al sí mismo. La muerte hace apreciar la vida. Sólo el hombre enfrenta la vida sabiendo que tiene que morir.

Conociendo los propios límites, como la muerte, se pueden aceptar esos límites y las posibilidades de la vida en forma realista, y ver el paralelo entre la aceptación de la propia muerte biológica y el hacer frente a la pérdida de cada día (Grollman, 1967).

D. Desensibilización sistemática

Uno de los supuestos básicos del conductismo es que el temor y la ansiedad son comportamientos aprendidos, y que siguiendo ciertos procedimientos adecuados una persona puede llegar a desaprender estos comportamientos (Martín & Pear, 1978).

La desensibilización sistemática es una técnica de modificación de conducta derivada del marco de referencia del condicionamiento clásico. Se usa principalmente para el tratamiento de las respuestas de ansiedad y para extinguir las respuestas de evitación, se basa en el principio de que la persona no puede estar simultáneamente tensa y relajada (Kazdin, 1978).

La desensibilización sistemática es un tratamiento efectivo para combatir fobias clásicas, miedos crónicos, y algunas reacciones de ansiedad interpersonal. Es especialmente valiosa para inhibir ansiedades activadas por

estímulos que no tienen una respuesta manifiesta apropiada, tales como el miedo a la soledad, al rechazo, o a ser ridiculizado (McKay, Davis & Fanning, 1985).

La desensibilización sistemática fue desarrollada por el terapeuta conductual Joseph Wolpe en 1958. Estaba influenciado por el uso de la relajación progresiva de Edmund Jacobson alrededor de 1929 para inhibir niveles de ansiedad altos. En principio, la técnica de Wolpe se dirigía a entrenar a la gente en la relajación progresiva y después debía buscar situaciones de la vida real con niveles progresivos de estrés. Más tarde descubrió que las escenas imaginativas eran enormemente más fáciles de estructurar, evocaban casi idénticos niveles de ansiedad y producían resultados transferibles a situaciones de la vida real (McKay, Davis & Fanning, 1985).

Según Yates (1970) el término **desensibilización sistemática** se refiere a un conjunto de procedimientos que envuelven el uso de contra-condicionamiento (inhibición recíproca) y extinción. La inhibición recíproca es equivalente al contra-condicionamiento y se refiere al procedimiento que fortalece respuestas nuevas o alternativas ante los estímulos a los que van unidas respuestas que impiden una buena adaptación (o respuestas inadaptadas). El sujeto utiliza respuestas que interfieren o reemplazan la respuesta

que se va a controlar o eliminar. Por ejemplo, puede pensar en cosas agradables para controlar la preocupación o puede relajarse para controlar la tensión (Kazdin, 1978). La extinción se refiere al procedimiento que debilita la aparición de respuestas inadaptadas al ya no ser reforzadas, resultando en la reducción o eliminación eventual de tales conductas, ya que el reforzador que por lo general estaba disponible para esas respuestas, ya no se presenta. Una respuesta sometida a la extinción decrece en frecuencia, eventualmente, hasta regresar a su nivel previo al reforzamiento o ser eliminada (Yates, 1970; Kazdin, 1978).

La técnica básica de la desensibilización sistemática incluye tres fases: entrenamiento para generar una respuesta incompatible con la ansiedad, tal como **relajación muscular profunda**; elaboración de una **jerarquía** de situaciones que provoquen ansiedad; y aplicación de los procedimientos de **desensibilización** pasando a través de la jerarquía de ansiedad, mientras se practican las respuestas de relajación (Yates, 1970; Johnson, Rasbury & Siegel, 1992).

La técnica de **relajación progresiva**, descrita por Jacobson en 1929, es una técnica de relajación muscular profunda basada en la premisa de que las respuestas del organismo a la ansiedad provocan pensamientos y actos que comportan tensión muscular. Esta tensión fisiológica, a su

vez, aumenta la sensación subjetiva de ansiedad. La relajación muscular profunda reduce la tensión fisiológica y es incompatible con la ansiedad: el hábito de responder de una forma anula el hábito de responder de la otra (Davis, McKay & Eshelman, 1985).

Para Wolpe (citado en Yates, 1970), si una respuesta antagónica a la ansiedad puede hacerse que ocurra en la presencia de estímulos que provocan ansiedad, se presentará una supresión completa o parcial de las respuestas de ansiedad, y el lazo entre aquellos estímulos y las respuestas de ansiedad será debilitado. Davison (citado en Yates, 1970) postula que el entrenamiento en relajación induce a un estado antagónico al estado de ansiedad.

La **jerarquía** de ansiedad se basa en la historia del caso del sujeto o en sus respuestas a cuestionarios de temores y de ansiedad. La elaboración de la jerarquía se lleva a cabo, mientras el sujeto no está relajado (Yates, 1970). En primer lugar hay que seleccionar de la lista de temas aquella área que más perturba la vida de la persona. De este tema se deberá elegir un miedo específico o tipo de situación que provoca una considerable cantidad de sufrimiento emocional. A continuación hay que imaginar un ejemplo muy débil del miedo escogido, uno que casi no produzca ansiedad. Se debe estructurar la escena e incluir detalles específicos sobre el

tiempo y el lugar. Después se imagina la peor situación que podría ocurrir relacionada con el miedo, y describir la escena vívidamente en una frase (McKay, Davis & Fanning, 1985). El tamaño de la jerarquía depende de distintos factores, tales como la cantidad de estímulos que producen temor y la intensidad del miedo del sujeto. Algunas jerarquías temáticas abarcan reactivos de tema similar, pero varían en el grado en que producen ansiedad (Johnson, Rasbury & Siegel, 1992).

El procedimiento de **desensibilización** comienza cuando el entrenamiento en relajación y la construcción de la jerarquía se han completado (Yates, 1970). La técnica está basada en el simple hecho de que reduciendo la reacción de ansiedad hacia el ítem más débil de la jerarquía, se reducirá la reacción a todos los otros ítems en el mismo valor (McKay, Davis & Fanning, 1985). Wolpe (citado en Yates, 1970) señala que es importante que el estímulo presentado en la jerarquía provoque cierto grado de ansiedad, pero mucha ansiedad puede ocasionar en el sujeto que, en vez de desensibilizarse, se vuelva más sensitivo a estímulos particulares. Por esto, los estímulos más fuertes han de ser los últimos en la jerarquía.

En este sentido el progreso se hace a lo largo de estímulos de dimensiones similares, mientras que el sujeto adquiere respuestas adaptativas alternativas. En cada fase la respuesta de ansiedad puede tolerarse más debido a la

generalización de los efectos de la respuesta alternativa. Si todo marcha bien, el estímulo que evoca la mayor ansiedad puede presentarse y ser tolerado por el sujeto en cuanto a que la fuerza de la respuesta alternativa ha incrementado. Cuando esta última respuesta excede la fuerza de la respuesta inadaptada, se puede decir que la terapia se ha completado (Yates, 1970).

Wolpe (citado en Yates, 1970) enfatiza la técnica que incluye la reproducción en la imaginación del sujeto de los objetos o situaciones provocadores de ansiedad. Este autor señala que los efectos beneficiosos de la desensibilización sistemática **imaginativa** o con base en imágenes pueden generalizarse a las situaciones de la vida real que representan. La desensibilización imaginativa ha sido utilizada en la mayoría de estudios. La principal razón de preferir esta técnica es que resulta más fácil trabajar con jerarquías complejas de objetos y situaciones si éstas sólo tienen que ser visualizadas, contrario a si tienen que implementarse situaciones reales u objetos complicados. Además, para generalizar esto a circunstancias de la vida real, conviene asignar tareas entre una y otra sesión, donde haya que ejecutar los reactivos imaginados sin sentir ansiedad (Johnson, Rasbury & Siegel, 1992).

Otra variante en los procedimientos de desensibilización

se refiere a la desensibilización **in vivo**, en la que el individuo se desensibiliza a un temor en la "vida real" en vez de imaginarlo y sin tener que progresar a través de una jerarquía de situaciones de temor imaginados, sino aproximándose directamente a los estímulos productores de temor (Martin & Pear, 1978).

Según Yates (1970), Martin y Pear (1978), McKay, Davis y Fanning (1985) y Johnson, Rasbury y Siegel (1992) son necesarias de cuatro a seis sesiones para aprender a relajar los cuatro grupos de músculos mayores. Más o menos este tiempo es también el necesario para construir un inventario de temores y una jerarquía de sucesos amenazadores. Después, la visualización sistemática de escenas puede efectuarse cada día. Generalmente se necesitan tres o cuatro visualizaciones de cada escena para llevar la respuesta a cero. Durante cada sesión terapéutica se pueden mostrar de tres a cuatro reactivos. Normalmente, los resultados se aprecian de forma inmediata, precisando los temores de una semana y media para aliviarse y desaparecer en las escenas imaginadas. A medida que se vaya adelantando en la jerarquía se notará que mejora la habilidad para hacer frente a las situaciones de la vida real en esta área.

La técnica de desensibilización sistemática ha sido ampliamente usada en una gran variedad de desórdenes (Yates,

1970) y para tratar miedos específicos y otras reacciones de ansiedad (Kazdin, 1978).

Goldfried y Davison (citados en Martin & Pear, 1978) han descrito numerosas aplicaciones terapéuticas de la relajación, adicionales al papel que desempeña en la desensibilización sistemática.

Rachman (citado en Yates, 1970) comparó los efectos de la relajación sola, la relajación con desensibilización imaginativa, la desensibilización imaginativa sola, y el no tratamiento, encontrando que cambios significativos en relación a fobia severa hacia las arañas fueron producidos sólo por el grupo en la condición de relajación con desensibilización imaginativa.

Se ha utilizado el relajamiento autoaplicado para vencer la ansiedad hacia el sexo opuesto, para el miedo asociado con el parto natural, para la ansiedad asociada con hablar en público y en las entrevistas (Kazdin, 1978).

El entrenamiento en relajación progresiva ha mostrado su eficacia terapéutica en numerosos estudios. En investigaciones de Bueno, Buceta y Amigo (1986) y de Bueno et al (1986) varios sujetos con estados de ansiedad fueron sometidos a un programa de entrenamiento en relajación progresiva consistente en seis sesiones terapéuticas, a razón de una semanal, más la correspondiente práctica en casa en los

periodos intersesiones que incluían una cinta magnetofónica con las instrucciones correspondientes a cada una de las fases del entrenamiento. Los resultados indicaron una significativa reducción de la presión arterial sistólica y diastólica y de la tasa cardiaca y disminuciones significativas en la mayoría de variables psicológicas relacionadas con la ansiedad.

En un estudio intrasujeto con cuatro sujetos de sexo femenino que presentaban hipertensión esencial, se encontró que la relajación física basada en la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, o la relajación mental derivada del entrenamiento autógeno de Schultz, son tan efectivas como el método multicomponente de relajación que combina las dos técnicas anteriores, en la reducción de la presión arterial en el tratamiento de la hipertensión esencial (Díaz-Durán, 1988).

En un estudio realizado por Gordillo (1992) con pacientes con trastornos psicósomáticos que manifestaban ansiedad, se implementó el entrenamiento en relajación progresiva, basada en la técnica de Jacobson, en diez sesiones terapéuticas, y se encontró que dicho entrenamiento es efectivo y disminuye considerablemente la ansiedad ($t_c = 4.16$, $gl = 2.101$, $p < .05$).

En otro estudio realizado por León (1994) donde se llevó a cabo un taller de relajación mental, corporal, muscular y de dominio del medio ambiente durante cuatro sesiones,

efectuándose una sesión de dos horas por semana, para disminuir niveles de estrés en estudiantes universitarios, se encontró que los signos y síntomas indicadores de estrés disminuyeron después del taller ($t_c = 14.36$, $gl = 2.10$, $p < .05$).

García y López (1990) realizaron un estudio relacionado con la eficacia de la relajación sistemática y encontraron que es una técnica efectiva para disminuir las manifestaciones agresivas en adolescentes ($t_c = 8.22$, $gl = 1.99$, $p < .05$).

También se ha encontrado que el entrenamiento en relajación y la desensibilización sistemática disminuyeron significativamente la frecuencia de pesadillas en un grupo de adultos, y en el seguimiento se observó mayor reducción en la intensidad de las mismas en aquellos clientes que habían sido desensibilizados (Miller & DiPilato, 1983).

Por otra parte Aguilera (1991) llevó a cabo un estudio para conocer los efectos de la implementación de un programa de desensibilización sistemática en el tratamiento de la anorgasmia primaria femenina, en base a doce sesiones. Las tres primeras fueron para recolectar datos, responder a tests específicos y proporcionar información general sobre el tratamiento. En las nueve sesiones restantes se implementó la técnica de la desensibilización sistemática de la masturbación. Se encontró que todas las mujeres del estudio tuvieron un aumento positivo después del tratamiento en su

respuesta orgásmica, a un nivel estadísticamente significativo ($p=.05$).

Migler y Wolpe (citados en Yates, 1970) han descrito el uso de una grabadora para facilitar al sujeto la práctica de la desensibilización sistemática imaginativa en casa. La grabación incluye instrucciones de relajación (usando la propia voz del sujeto) y las escenas de la jerarquía para la auto-presentación.

Goldfried y Davison (citados en Martin & Pear, 1978) sugieren con base en observaciones clínicas, que pedir a los clientes que practiquen los ejercicios de relajación en casa sin acompañarse de grabaciones como guías propias proporcionan pobres resultados y pueden ser perjudiciales.

La **auto-desensibilización** sistemática es esencialmente el mismo procedimiento, excepto que el cliente progresa a través de varias etapas de la desensibilización por sí mismo, es decir, es un proceso de auto-modificación (Martin & Pear, 1978).

Templer, Ruff y Frank (citados en Peal, Handal & Gilner, 1981) indicaron que las técnicas conductistas, tales como la desensibilización sistemática, proveen formas de reducir directamente la **ansiedad a la muerte**.

Peal, Handal y Gilner (1981) investigaron la efectividad de la desensibilización sistemática en la reducción de la

ansiedad a la muerte en participantes altamente ansiosos. Los resultados revelaron que la desensibilización sistemática es claramente una intervención efectiva para la reducción de la ansiedad a la muerte medida por la escala de Livingston y Zimet, a corto término, ya que el grupo de desensibilización evidenció un significativo decremento en la ansiedad a la muerte ($F=3.54$, $gl\ 2.36$, $p<.05$) en comparación con el grupo de relajación y el de control.

White et al (1983) realizaron un estudio con estudiantes mujeres de enfermería y encontraron en el grupo al que se aplicó desensibilización sistemática una significativa reducción de la ansiedad a la muerte en el post-test, medida por las escalas de Templer ($q=5.67$, $gl=3.42$, $p<.01$) y de Livingston y Zimet ($q=3.75$, $gl=20$, $p<.05$).

Rebok y Hoyer (1979) señalan que la relajación y la desensibilización sistemática han sido empleadas con éxito para modificar comportamientos en los enfermos terminales.

Yalom (1984) relata que tras una sesión de ocho horas de duración, durante las cuales se habló de la muerte, se pasó una película sobre la muerte y se indujo a cada miembro a fantasear (con ayuda del guía y un estado de relajación muscular profundo) sobre su propia enfermedad mortal, su muerte y funeral, se observó que los ocho sujetos del grupo experimental (a diferencia de los del grupo de control)

"lograron reorganizar sus conceptos acerca de la muerte", emplearon menos mecanismos de negación al confrontar su propia muerte y, en las pruebas de control que se les aplicaron ocho semanas después, obtuvieron menores calificaciones en angustia ante la muerte.

De esta manera, la persona puede (con ayuda de un terapeuta si es necesario) llegar a manipular su temor a la muerte por medio de técnicas similares a las que utiliza para vencer cualquiera de los demás temores. Así puede exponerse una y otra vez al temor, en dosis pequeñas; ayudarse a manipular el objeto temido y examinarlo desde todos los ángulos posibles (Yalom, 1984).

Con el objeto de aceptar y considerar a la muerte como un hecho real e inevitable sin temerle o manifestar ansiedad ante ella, se propone la técnica de desensibilización sistemática con base en un programa de auto-aplicación, con el supuesto que las personas que lo lleven a cabo presentarán poco o ningún temor a la muerte, como resultado de la aplicación del mismo.

III. PROPUESTA: PROGRAMA DE AUTO-DESENSIBILIZACION SISTEMATICA APLICADA AL TEMOR A LA MUERTE

Como resultado de la revisión bibliográfica anteriormente mencionada, se puede considerar que el temor a la muerte forma parte del conjunto de actitudes de determinado grupo de personas, dentro de las cuales podrían incluirse el lector o la autora de esta investigación. Algunas veces, dicho temor puede ocasionar algún daño o incomodidad a aquellos a quienes afecta, por lo que a continuación se sugiere un método autoaplicable para reducir el temor a la muerte.

A. Objetivos

Al completar este programa se espera que:

- la persona imagine, anticipe y contemple la propia muerte o la de una persona significativa, al mismo tiempo que existe un estado de relajación en todo su organismo;
- la persona tome conciencia de la muerte como un hecho real que se presentará en cualquier momento de la vida;
- la persona muestre poca o ninguna ansiedad respecto de la muerte.

B. Población objetivo

El programa puede ser auto-aplicado por personas que

manifiesten ansiedad o temor a la muerte desde un nivel moderado hasta intenso, de sexo masculino o femenino, adolescentes, adultos o ancianos, solteros, casados o viudos, de distintos niveles socioeconómicos, tanto de condiciones de salud adecuadas como pacientes diagnosticados con enfermedad terminal, de creencias religiosas occidentales, y que hayan o no sido expuestos anterior o recientemente a aspectos relacionados con la muerte.

C. Ambiente

Las sesiones de relajación y de auto-desensibilización sistemática se deben realizar en un lugar tranquilo, con luz tenue, privado y con pocos estímulos distractores, que incluya un sillón confortable o silla reclinable y en tiempo libre de interrupciones.

D. Material

Se utilizarán los siguientes materiales:

- 1) **Escala multidimensional de temor a la muerte** de Hoelter (1979) que incluye las dimensiones de temor al proceso de morir, temor a lo muerto, temor a ser destruido, temor por las personas significativas, temor a lo desconocido, temor de tener conciencia después de morir, temor por el cuerpo después de la muerte, y

- temor de una muerte prematura. El coeficiente de confiabilidad y consistencia interna para estas subescalas es de .75 (Hoelter, 1979). (Ver anexo 1).
- 2) Dieciséis **fichas** o **tarjetas** de 3 x 5 pulgadas escritas con cada uno de los reactivos de la escala multidimensional de temor a la muerte. (Ver anexo 2).
 - 3) **Hoja de registro de relajación** que incluye el estado de tensión o relajación antes y después de cada sesión, adaptada de Davis, MacKay y Eshelman (1985). (Ver anexo 3).
 - 4) **Hoja de registro del nivel de ansiedad** (adaptada de Martin & Pear 1978), que incluye el número y la fecha de cada sesión, el número que le asigna a cada ítem de la jerarquía que se imagina, el número de exposiciones a cada ítem, el valor que indica el nivel de ansiedad para cada ítem antes de preparar la jerarquía de ansiedad y después de completados los ítems en cada sesión, que idealmente sería 0. (Ver anexo 4).
 - 5) Hoja de **lectura de toma de conciencia de la muerte** basada en enunciados propuestos por Kastenbaum (1967). (Ver anexo 5).
 - 6) **Grabadora y cassette** con los ejercicios de relajación. (Para su adquisición comunicarse con la autora).

E. Procedimiento

El programa de auto-desensibilización sistemática se desarrollará de la siguiente manera:

Número de sesiones: 16

Frecuencia: 2 sesiones por semana

Duración: 30 minutos por cada sesión

Tiempo total de tratamiento: 8 semanas

El programa incluirá las siguientes fases:

Sesiones	Fases
1 (1/2 sem)	construcción de la jerarquía de temor
2-5 (2 sem)	aprendizaje de la relajación muscular profunda
6-16 (5 1/2 sem)	realización del proceso de desensibilización

1) **Construcción de la jerarquía de temor**

Sesión 1

Para construir la jerarquía de temor, responda primero a los ítems de la Escala Multidimensional de Temor a la Muerte. Luego arregle estas situaciones en orden, comenzando con la

situación que le ocasiona menos temor y terminando con la que le origina mayor temor. Para ello, utilice las dieciséis fichas o tarjetas y ordénelas de manera tal que la que sigue a cada una le produzca más ansiedad que la que precede y numérelas en ese orden. Al mismo tiempo asigne un valor de 0 a 4 de acuerdo a sus respuestas a cada ítem y anote estos valores en la Hoja de Registro del Nivel de Ansiedad.

Si presenta dificultad en la construcción de la jerarquía (fuerte ansiedad), diríjase al inciso 1 de las consideraciones especiales de este programa, en la página 63.

2) Aprendizaje de la relajación muscular profunda

Sesión 2

Después que ha elaborado su jerarquía, debe aprender a relajar completamente todos sus músculos y a reconocer cuándo están relajados. Esto lo hará al tensar y relajar alternadamente sus músculos mientras se fija atentamente en la actividad interna y sensaciones que está sintiendo en ese momento. Algunas señales que le pueden ayudar a discriminar el estado de relajación son **la reducción de la frecuencia del pulso y la presión de la sangre, así como del grado de transpiración y la frecuencia respiratoria.** Al mismo tiempo que aprende a reconocer su estado de relajación podrá llenar

la Hoja de Registro de Relajación en cada una de las sesiones.

Se trabajarán cuatro grupos principales de músculos (ver Lámina 1), pero en esta sesión solamente el primero de ellos, es decir, los músculos de la mano, antebrazo y bíceps.

Puede practicar la relajación en el ambiente anteriormente descrito. Procure que la cabeza esté apoyada en alguna superficie. Tome la posición que sea más cómoda para usted (ver Lámina 2). Cada músculo o grupo de músculos se tensa de cinco a siete segundos (p=pausa) y luego se relaja de veinte a treinta (pp=pausa prolongada). Hay que repetir el proceso por lo menos una o dos veces. Si después de esto hay alguna área que permanece todavía tensa, puede repetirlo todo unas cinco veces.

Introduzca el cassette con los ejercicios de relajación en la grabadora y dispóngase a seguir las siguientes instrucciones.

Colóquese en una posición cómoda. Cierre sus ojos y haga tres respiraciones profundas (pp). Ahora cierre el puño derecho y apriételo más y más fuerte, observando la tensión que se produce al hacerlo. Manténgalo cerrado y fíjese en la tensión que se ha desarrollado en el puño, en la mano y en el antebrazo (p). Ahora relájese. Sienta la flacidez de su mano derecha y compárela con la tensión que sentía hace unos segundos (pp).

Una vez más, apriete su puño derecho y estudie la tensión que siente (p). Y otra vez, relájese y piense en la tensión que desaparece de sus dedos (pp).

Apriete su puño izquierdo tan fuerte como pueda y note la tensión en sus dedos, en su mano y en su brazo (p). Ahora relájese (pp).

Una vez más, apriete fuertemente su puño izquierdo (p). Y de nuevo, relájese (pp).

Repita este procedimiento dos veces con ambos puños a la vez.

A continuación doble el codo derecho y tense el bíceps (p). Después relájelo y note la diferencia (pp). Note las sensaciones de pesadez, calor y hormigueo en los brazos. Son normales.

Ahora doble el codo izquierdo y ponga el bíceps duro. Manténgalo así y sienta la tensión (p). Ahora relájese y concéntrese en las sensaciones que provienen a través de su brazo (pp).

Por último, apriete los dos puños y doble ambos brazos hasta que estén totalmente tensos. Manténgase así y piense en la tensión que siente (p). Ahora relájese y sienta el calor y la relajación a través de sus músculos. Toda la tensión está corriendo hacia afuera de las yemas de sus dedos (pp).

Es necesario que tome en cuenta los incisos 2 al 6 de las

consideraciones especiales en las páginas 64 y 65.

Sesión 3

Esta vez corresponde relajar los músculos de la cabeza, cara, cuello, hombros; también los de la frente, mejillas, nariz, ojos, mandíbula, labios y lengua.

Antes de ello, repita los ejercicios de la sesión anterior y prosiga con los siguientes.

Dirija su atención hacia la cabeza. Arrugue la frente tanto como pueda y repare en la sensación de tensión (p). Ahora relájese y desarrúguela. Imagínese cómo toda la piel de su frente y de su cabeza entera se ha ido estirando hasta ponerse completamente lisa en el momento en que se ha sentido relajado (pp).

Ahora frunza el entrecejo e intente sentir cómo las venas se extienden por la frente (p). Relájese y deje que la frente se ponga de nuevo lisa (pp).

Ahora cierre los ojos y apriete los párpados fuertemente. Observe la tensión (p). Relájelos y déjelos cerrados suavemente (pp).

Ahora cierre la mandíbula, apretando con fuerza; note la tensión que se produce en toda la zona (p). Relájela. Una vez relajada, notará que los labios están ligeramente separados. Aprecie el contraste real que hay entre el estado

de tensión y el de relajación (pp).

Ahora apriete la lengua contra el techo de la boca, es decir, contra el paladar. Observe el dolor que se produce en la parte posterior de la boca (p). Relájese (pp).

Ahora apriete los labios haciendo con ellos una "O" (p). Relájelos (pp). Observe cómo su frente, sus ojos, su mandíbula, su lengua y sus labios están en este momento relajados (pp).

Desplace la cabeza hacia atrás tanto como pueda, apretando por la parte de la nuca, sin hacerse daño. Observe la tensión que aparece en el cuello (p). Gírela hacia la derecha y fíjese en que se ha desplazado el foco de tensión (p). Gírela ahora hacia la izquierda y note el cambio de localización de la tensión (p).

Enderezca la cabeza y muévala ahora hacia adelante, apretando la barbilla contra el pecho. Observe la tensión que siente en la nuca. Sienta la tensión en la garganta y la tirantez en la parte posterior del cuello (p). Relájese dejando que la cabeza vuelva a una posición natural. Permita que se intensifique la relajación (pp).

Ahora encoja los hombros. Encójalos hasta que la cabeza le quede hundida entre ellos (p). Relájelos. Ahora bájelos y sienta cómo la relajación se extiende al cuello, nuca y hombros; relajación pura, más y más profunda (pp).

Experimente de nuevo toda la secuencia.

Sesión 4

Esta vez corresponde relajar los músculos del tórax (pecho), de la región del estómago y de la región lumbar (parte baja de la espalda). Pero antes, repita los ejercicios de las dos sesiones anteriores y añada los siguientes.

Dé a su cuerpo entero la oportunidad de relajarse. Sienta la comodidad y la dureza. Ahora inspire y llene completamente de aire los pulmones. Sostenga la respiración. Observe la tensión que se produce (p). Ahora expire haciendo que el tórax se deshinche y relaje, dejando que el aire vaya saliendo poco a poco (pp). Continúe relajándose haciendo que la respiración se produzca de una forma espontánea y agradable. Continúe respirando lenta y pausadamente varias veces, sintiendo como sale la tensión fuera del cuerpo con cada expiración (pp).

Ahora apriete el estómago y manténgalo así (p). Note la tensión y luego relájese (pp). Ahora coloque una mano sobre el estómago. Respire profundamente apretando la mano contra la pared del estómago (p). Aguante y luego relájese. Perciba la diferencia que se produce al soltar el aire (pp).

Ahora arquee la espalda sin llegar a hacerse daño. Mantenga el resto del cuerpo tan relajado como pueda.

Concéntrese en la tensión en la parte más baja de la espalda (p). Ahora relájese más y más profundamente (pp).

Repita toda esta secuencia otra vez.

Sesión 5

Finalmente corresponde relajar los músculos de los muslos, de las nalgas, de las pantorrillas y de los pies. A los ejercicios de las sesiones anteriores hay que añadir los que siguen.

Colóquese en una posición cómoda. Tense las nalgas y los muslos. Para ello, contraiga los músculos apretando con los talones hacia abajo, tan fuerte como pueda (p). Relájese y sienta la diferencia (pp).

Flexione los dedos de los pies con fuerza para que se tensen las pantorrillas. Estudie la tensión que se produce (p). Relájese (pp).

Ahora extienda con fuerza los dedos, dirigiendo las puntas hacia arriba y sentirá con ello la contracción de los músculos de las espinillas. Estudie la tensión (p). Relájese otra vez (pp).

Sienta lo pesadas y relajadas que están sus piernas. Repita esta secuencia una vez más.

Sienta la sensación de pesadez en la parte más baja del cuerpo, a medida que la relajación se va haciendo profunda.

Relaje los pies, los tobillos, las pantorrillas, las espinillas, las rodillas, los muslos y las nalgas (pp). Luego deje que la relajación se extienda hasta el estómago, hasta la región lumbar y el tórax. Deje que se extienda más y más. Siéntala en los hombros, en los brazos y en las manos (pp). Más y más profundamente. Sienta la sensación de laxitud y relajación en el cuello, en la mandíbula y en todos los músculos de la cara. Respire profundamente tres veces. Ahora hágalo normalmente y disfrute del estado de completa liberación de tensión en su cuerpo y músculos.

3) Realización del proceso de desensibilización

Sesión 6

Ahora que ya ha construido su jerarquía de temor y es capaz de relajarse completamente, usted se encuentre listo para comenzar con su programa de auto-desensibilización. Este se desarrollará de acuerdo a los siguientes pasos.

Encuentre un lugar tranquilo y privado, libre de distracciones (preferiblemente el mismo lugar en donde realizó las sesiones de relajación).

Coloque al alcance de la mano el conjunto de tarjetas que contienen los ítems de temor a la muerte. Estas deben estar en orden, con la tarjeta que produce menos temor hasta arriba y la que produce más temor hasta abajo.

Tómese varios minutos para relajarse completamente, como lo ha estado practicando en las sesiones anteriores.

Cuando se encuentre en estado de completa relajación, tome la primera tarjeta y lea la frase que caracteriza la situación que normalmente le causaría alguna ansiedad. Trate de visualizarla clara y vívidamente. Cierre sus ojos y trate de imaginar que usted se encuentra ahora en esa situación tal como lo señala la tarjeta. Después de diez segundos coloque la tarjeta en un lugar distinto y relájese totalmente. Relájese aproximadamente por treinta segundos, y durante este tiempo olvídense por completo de la escena que recién ha imaginado. Piense solamente en la sensación de sus músculos y en cuán completamente relajado se siente mientras respira profundamente.

Ahora levante de nuevo la misma tarjeta, cierre sus ojos e imagine esa situación por, al menos, diez segundos. Coloque la tarjeta boca abajo en un lugar distinto, y relájese completamente durante otros treinta segundos. Durante este tiempo no piense en la escena que estaba imaginando. Después de los treinta segundos considere la cantidad de ansiedad que sintió mientras imaginaba la escena la segunda vez. Si fue capaz de imaginar la escena con aproximadamente 0 (ninguna) o 1 (poca) ansiedad, entonces se encuentra listo para proceder con la segunda tarjeta. Si sintió más ansiedad que esa, debe

repetir la misma rutina una o dos veces más. Si sintió menos de 1 (poca) de ansiedad, entonces relájese por dos minutos más y repita el mismo procedimiento con la segunda tarjeta.

Se sugiere que tome en cuenta los incisos 7 al 12 de las consideraciones especiales, en las páginas 65 a 67.

Recuerde anotar en la Hoja de Registro del Nivel de Ansiedad, los datos correspondientes a esta sesión, o sea, el número y fecha de la sesión, el número de ítem o ítems que trabajó hoy, el valor que indica el nivel de ansiedad original e inmediatamente después de la desensibilización para cada uno de estos ítems.

Sesión 7

Reúna las condiciones descritas en la sesión anterior, lleve a cabo el procedimiento de relajación profunda y comience a trabajar con los ítems que fueron completados exitosamente en la sesión previa. Continúe con las escenas (tarjetas) tres y cuatro de la jerarquía de igual forma como lo hizo en la sesión 6.

Recuerde hacer las anotaciones respectivas en la Hoja de Registro de Relajación y la Hoja de Registro del Nivel de Ansiedad.

Es necesario que tome en cuenta los incisos 13 al 15 de las consideraciones especiales, en la página 67.

Sesión 8

Realice los mismos pasos de la sesión anterior, comenzando con la práctica de relajación y luego imaginando los ítems que fueron completados exitosamente en la misma. Enseguida continúe con los ítems cinco y seis de la jerarquía y haga las anotaciones respectivas en las hojas correspondientes.

Sesión 9

Realice los mismos pasos de la sesión anterior, comenzando con la práctica de relajación y luego imaginando los ítems que fueron completados exitosamente en la misma. Enseguida continúe con los ítems siete y ocho de la jerarquía y haga las anotaciones respectivas en las hojas correspondientes.

Sesión 10

Realice los mismos pasos de la sesión anterior, comenzando con la práctica de relajación y luego imaginando los ítems que fueron completados exitosamente en la misma. Enseguida continúe con los ítems nueve y diez de la jerarquía y haga las anotaciones respectivas en las hojas correspondientes.

Sesión 11

Realice los mismos pasos de la sesión anterior, comenzando con la práctica de relajación y luego imaginando los ítems que fueron completados exitosamente en la misma. Enseguida continúe con los ítems once y doce de la jerarquía y haga las anotaciones respectivas en las hojas correspondientes.

Sesión 12

Realice los mismos pasos de la sesión anterior, comenzando con la práctica de relajación y luego imaginando los ítems que fueron completados exitosamente en la misma. Enseguida continúe con los ítems trece y catorce de la jerarquía y haga las anotaciones respectivas en las hojas correspondientes.

Sesión 13

Realice los mismos pasos de la sesión anterior, comenzando con la práctica de relajación y luego imaginando los ítems que fueron completados exitosamente en la misma. Enseguida continúe con los ítems quince y dieciséis de la jerarquía y haga las anotaciones respectivas en las hojas correspondientes.

Sesión 14

Realice los mismos pasos de la sesión anterior, comenzando con la práctica de relajación profunda y luego imaginando todos los ítems (16) que fueron completados exitosamente en las sesiones anteriores y proceda con el siguiente ejercicio.

Imagine su propio cuerpo dentro de un ataúd en su funeral (durante 10 segundos). Relájese sin pensar en la escena que acaba de imaginar (durante 30 segundos). Repita el mismo procedimiento hasta que le produzca poca o ninguna ansiedad.

Imagine y observe a las personas que han asistido a su funeral y qué les diría usted como despedida. Relájese. (Siempre repita el mismo procedimiento de imaginar la escena durante diez segundos y relajarse durante treinta segundos sin imaginar la escena, hasta que experimente poca o ninguna ansiedad).

Imagine que su sepelio se dirige hacia un cementerio y que su cuerpo en el ataúd es introducido en la tumba. Relájese. (Repita cuantas veces sea necesario).

Imagine que su funeral ha finalizado y que sus familiares y amigos abandonan el cementerio. Relájese. (Repita el procedimiento hasta que ya no experimente más ansiedad).

Relájese durante dos minutos más y haga sus anotaciones respectivas.

Sesión 15

Sumérgase en la relajación profunda como lo ha hecho anteriormente. Después trate de visualizar las siguientes imágenes durante diez segundos y luego de relajarse sin imaginarlas durante treinta segundos. Repita el procedimiento hasta que experimente poca o ninguna ansiedad. Imagine su propio cadáver que se encuentra frío y rígido, azulado o morado. Relájese.

Imagine que aparecen grietas en la carne y que algunas partes de su cuerpo empiezan a descomponerse. Relájese.

Imagine que todo su cuerpo está en descomposición completa y queda todo su esqueleto a la vista con algunos trozos de carne que cuelgan. Relájese.

Imagine que solo queda un montón de huesos sin nada de carne. Relájese.

Imagine que sus huesos han quedado reducidos a un puñado de polvo. Relájese.

Quédese relajado durante dos minutos más.

Sesión 16

Inicie esta sesión con los ejercicios de relajación profunda. Revise nuevamente todos los ítems de la jerarquía tal y como lo había hecho en las sesiones anteriores y, por último, lea detenidamente la hoja de Lectura de Toma de

Conciencia de la Muerte.

Termine esta sesión sintiéndose completamente relajado al menos durante dos minutos.

Ahora tome conciencia del estado de su organismo en completa relajación, así como de los objetos que le rodean en este momento. Sienta que se encuentra vivo, que respira, huele o siente el sabor a algo, que escucha algún sonido y que ve cosas a su alrededor.

Felicítese por haber concluido el programa.

F. Consideraciones especiales

Es necesario tomar en cuenta las siguientes consideraciones al desarrollar y llevar a cabo su programa de auto-desensibilización sistemática:

1. Si experimenta fuerte ansiedad mientras construye la jerarquía de temor a la muerte, puede tomar dos estrategias: descontinuar su programa y buscar ayuda clínica profesional, o continuar su programa pero eliminando las cinco situaciones que le producen más ansiedad. Después de completar su programa de desensibilización, excluyendo esas cinco situaciones, puede entonces estar en la capacidad de desarrollar un programa para esos ítems, ya que éstos probablemente causarán mucho menos ansiedad si usted ya ha completado exitosamente los ítems anteriores.

2. Si no puede relajarse al principio de la sesión, puede probar a imaginar que está tumbado en el césped, un tranquilo día de verano, viendo las nubes flotar lentamente. O que está viendo hojas a la deriva por un ancho y lento río. Cada nube o cada hoja se llevaría un poco de su tensión muscular.
3. La relajación es cuestión de práctica. Mientras que al principio con veinte minutos puede conseguir sólo una relajación parcial, más adelante podrá conseguir relajar todo el cuerpo en breves momentos.
4. Al principio puede parecerle que ha conseguido ya la relajación completa cuando todavía quedan contraídas algunas fibras musculares, aunque el músculo o grupo de músculos al que pertenezcan estén parcialmente relajados. Es al lograr relajar estas últimas fibras cuando obtendrá los efectos emocionales que pretende.
5. Hay que tener cuidado especial al tensar el cuello y la espalda ya que una contracción excesiva puede dañar algún músculo o la propia columna vertebral. Es igualmente frecuente que al contraer demasiado los pies o los dedos, se produzca un calambre en algún músculo.
6. No intente aplicar los procedimientos de relajación en situaciones reales que le producen este temor específico hasta que haya completado todo el entrenamiento en relajación.

Aún así, sería mejor esperar hasta que su programa de auto-desensibilización vaya progresando tranquilamente antes de hacer algún contacto innecesario con el estímulo real que produce el temor.

7. Si tiene dificultad en imaginar una escena o en relajarse mientras la imagina, inmediatamente deje de imaginarla e induzca relajación muscular profunda por un minuto o dos. Luego repita la escena por sólo tres a cinco segundos en vez de diez.

8. Si el paso anterior no funciona, regrese al ítem previo al mismo e imagínelo por veinte segundos en dos presentaciones sucesivas. Luego, trate de nuevo imaginar el ítem que le ocasionó dificultad.

9. Si cree que sus escenas parecen monótonas, irreales y no evocan la ansiedad que provocan las escenas en la vida real, puede fortalecer el poder de imaginación de las mismas considerando todos los sentidos que intervienen en la vida real: **vista** (qué colores hay en la escena; de qué color son las paredes, el paisaje, los vestidos de la gente, los muebles; si la luz es fuerte o débil), **oído** (cómo son los tonos de voz; ruidos o música de fondo; si se puede oír la propia voz al hablar), **tacto** (alargar la mano y tocar las cosas, si son ásperas o lisas, duras o blandas, frías o calientes), **olfato** (si puede oler a comida, flores,

perfume, pinos, o algo pudriéndose), y **gusto** (si está comiendo o bebiendo algo; si tiene sabor dulce, agrio, salado o amargo).

10. Si nota que su ansiedad no se reduce, a pesar de las repeticiones de una escena particular, puede empezar con un punto de arranque más suave o con una escena completamente neutra.

11. Si lo prefiere, puede finalizar la escena visualizando un lugar especialmente relajante que esté asociado mentalmente con la paz y la seguridad.

12. En general debe proceder a través de uno a cuatro ítems por sesión. Sin embargo, está bien si avanza tan despacio como un ítem en cada sesión si es necesario. Por otro lado, si no siente ninguna ansiedad no intente pasar a través de más de cuatro ítems por sesión.

13. Cada sesión debe comenzar con el ítem que fue completado exitosamente en la sesión anterior.

14. Las sesiones deben durar alrededor de veinte minutos. Pueden conducirse tan frecuentemente como dos veces al día y no menos de dos veces por semana. Además puede practicar estos ejercicios entre una y otra sesión como tarea.

15. Si experimenta dificultades como extrema ansiedad en la elaboración de la jerarquía, inhabilidad de producir imágenes vívidas, de controlar el comienzo o el final de una

imagen, o de desensibilizarse a través de la jerarquía para alcanzar su meta, a pesar de intentar los procedimientos correctivos anteriores, suspenda el programa de auto-desensibilización y busque asistencia clínica profesional.

IV. CONSIDERACIONES FINALES

1. La muerte es inherente a todo ser vivo y el ser humano es el único que puede pensar, imaginar y manifestar distintos sentimientos en torno a ella.
2. Las actitudes hacia la muerte varían de acuerdo a diferentes culturas, al contexto social en que se desenvuelven los individuos y a las experiencias personales.
3. Las actitudes hacia la muerte son multidimensionales y difieren en relación a la edad, el sexo, el estado civil, el estado de salud, la realización personal, la calidad de las relaciones sociales, el nivel socioeconómico y educacional y las creencias religiosas de las personas, así como en relación a la exposición a un tipo específico de muerte anterior o reciente y a la interacción con personas moribundas o diagnosticadas con enfermedad terminal.
4. El temor a la muerte es natural y parte del ser humano y se puede considerar como una reacción emocional de ansiedad que envuelve sentimientos subjetivos de desagrado y preocupación basados en la contemplación y/o anticipación de alguna de las múltiples facetas relacionadas con la muerte.
5. La desensibilización sistemática es una técnica de modificación de conducta que se utiliza principalmente para el tratamiento de las respuestas de ansiedad y se basa en el principio de que la persona no puede estar tensa y relajada

a la vez.

6. La técnica de la desensibilización sistemática incluye el entrenamiento en relajación muscular profunda, la elaboración de una jerarquía de situaciones que provoquen ansiedad y el procedimiento de desensibilización al pasar a través de la jerarquía de ansiedad mientras se practican las respuestas de relajación.

7. La propuesta del programa de auto-desensibilización sistemática incluye responder a la Escala Multidimensional del Temor a la Muerte, de Hoelter, elaborar una jerarquía de temor con los reactivos de dicha escala utilizando fichas o tarjetas para ello, aprender la relajación muscular profunda, grabar los ejercicios de relajación en un cassette, realizar el proceso de desensibilización en sí, llenar las hojas de registro de relajación y del nivel de ansiedad, llevar a cabo los ejercicios y lectura de toma de conciencia de la muerte en las sesiones finales y tomar en cuenta las consideraciones especiales que se exponen.

8. La propuesta del programa de auto-desensibilización sistemática pretende que la persona que lo aplique manifieste poca o ninguna ansiedad o temor a la muerte, al concluir con el procedimiento descrito en el mismo.

V. BIBLIOGRAFIA

- Aguilera, P. Desensibilización sistemática en el
1991 tratamiento de la anorgasmia: estudio de casos.
Guatemala, Universidad Francisco Marroquín,
Facultad de Humanidades, Departamento de
Psicología.
- Ariés, P. Western attitudes toward death: from the middle
1974 ages to the present. Baltimore: Johns Hopkins
University Press.
- Bobadilla, F., González, M., Herrera, S., y Ruiz, A.
1982 Relación entre niveles de depresión y actitudes
hacia la muerte. Guatemala, Universidad de San
Carlos, Escuela de Ciencias Psicológicas.
- Bohart, J., y Bergland, B. The impact of death and dying
1979 counseling groups on death anxiety in college
students. Death Education, 2(4), 381-391.
- Bueno, A. M., Buceta, J. M., y Amigo, I. Efectos
1986 multidimensionales de un programa de entrenamiento
en relajación progresiva aplicado a sujetos con
estados de ansiedad. Revista de Psicología
General y Aplicada, 41(4), 653-66.
- _____, Buceta, J. M., Becoña, E., y Amigo, I.
1986 Consecuencias inmediatas de la relajación
progresiva en sujetos con ansiedad generalizada.
Revista de Psicología General y Aplicada, 41(6),
1201-1214.
- Candy-Gibbs, S., Colby, K., y Petrun, C. The effects of
1985 age, object, and cultural/religious background on
children's concepts of death. Omega, 15(4), 329-
346.
- Counts, D. R., y Counts, D. A. Aspects of dying in
1983 Northwest New Britain. Omega, 14(2), 101-111.
- Craig, G. Desarrollo psicológico (4a. ed.). México:
1988 Prentice-Hall.
- Crane, D. Social aspects of the prolongation of life.
1969 Russell Sage Foundation, USA.
- Cruse, D. Further the examination of death and the sex
1986 differential. Death Studies, 10(4), 331-340.

- Chng, Ch., y Ramsey, M. Volunteers and the care of the
1984 terminal patient. Omega, 15(3), 237-244.
- Davis, M., McKay, M., y Eshelman, E. Técnicas de
1985 autocontrol emocional. Barcelona: Martínez-Roca.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th.
1994 ed.). American Psychiatric Association.
Washington, DC: Author.
- Díaz-Durán, L. Efectos de un método multicomponente de
1988 relajación sobre la hipertensión esencial.
Guatemala, Universidad Rafael Landívar, Facultad
de Humanidades, Departamento de Psicología.
- Diskin, M., y Guggenheim, H. The child and death as seen in
1967 different cultures. En E. Grollman (Ed.),
Explaining death to children. Boston: Beacon
Press.
- Durlak, J., y Kass, R. Clarifying the measurement of death
1981 attitudes: a factor analytic evaluation of
fifteen self-report death scales. Omega, 12(2),
129-141.
- Florian, V., y Har-Even, D. Fear of personal death: the
1983 effects of sex and religious belief. Omega,
14(1), 83-91.
- Fulton, R. On the dying of death. En E. Grollman (Ed.),
1967 Explaining death to children. Boston: Beacon
Press.
- García, N., y López, M. Estudio experimental de la
1990 relajación sistemática y su eficacia en el
tratamiento del adolescente agresivo. Guatemala,
Universidad de San Carlos, Escuela de Ciencias
Psicológicas.
- Glaser, B., y Strauss, A. Awareness of dying. New York:
1965 Aldine Publishing Co.
- Goebel, B., y Boeck, B. Ego integrity and fear of death: a
1987 comparison of institutionalized and independently
living older adults. Death Studies, 11(3), 193-
204.
- Gordillo, M. Efectividad del entrenamiento en relajación
1992 grupal en pacientes psicósomáticos. Guatemala,
Universidad Rafael Landívar, Facultad de
Humanidades, Departamento de Psicología.

- Grollman, E. The ritualistic and theological approach of
1967 the Jew. En E. Grollman (Ed.), Explaining death
to children. Boston: Beacon Press.
- Hertz, R. Contribución a un estudio sobre la representación
1990 colectiva de la muerte. México: Alianza
Editorial.
- Hoelter, J. Multidimensional treatment of fear of death.
1979 Journal of Consulting and Clinical Psychology,
47(5), 996-999.
- _____, y Hoelter, J. A. On the interrelationships among
1980 exposure to death and dying, fear of death and
anxiety. Omega, 11(3), 241-254.
- Jackson, E. The theological, psychological and
1967 philosophical dimensions of death in
Protestantism. En E. Grollman (Ed.), Explaining
death to children. Boston: Beacon Press.
- Johnson, J., Rasbury, W., y Siegel, L. Métodos de
1992 tratamiento infantil. México: Limusa.
- Kastenbaum, R. The child's understanding of death: how
1967 does it develop. En E. Grollman (Ed.),
Explaining death to children. Boston: Beacon
Press.
- Kazdin, A. Modificación de la conducta y sus aplicaciones
1978 prácticas. México: Manual Moderno.
- Kelly, R. Death anxiety, religious convictions about the
1985 afterlife, and the psychotherapist. Death
Studies, 9(2), 155-162.
- León, V. Efectividad del taller de relajación para
1994 disminuir niveles de estrés en el estudiante
universitario que asiste a la unidad de salud de
la Universidad de San Carlos de Guatemala.
Guatemala, Universidad de San Carlos, Escuela de
Ciencias Psicológicas.
- Lester, D. The fear of death, sex and androgyny: a brief
1984 note. Omega, 15(3), 271-274.
- Littlefield, C., y Fleming, S. Measuring fear of death: a
1984 multidimensional approach. Omega, 15(2), 131-138.
- McKay, M., Davis, M., y Fanning, P. Técnicas cognitivas
1985 para el tratamiento del estrés. Barcelona:
Martínez-Roca.

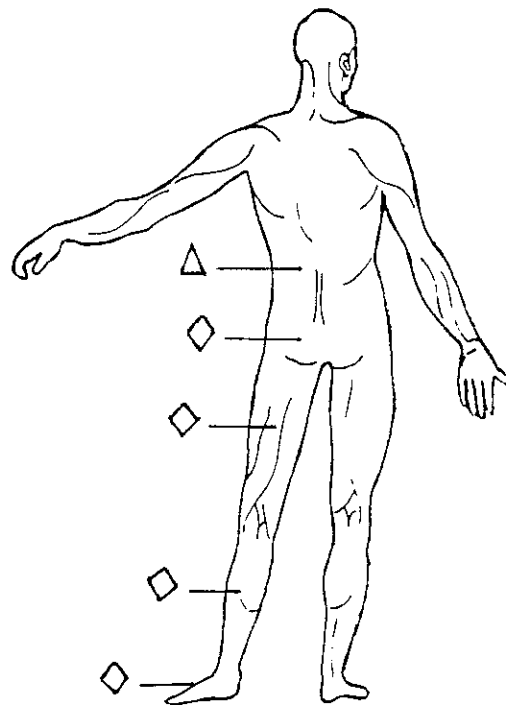
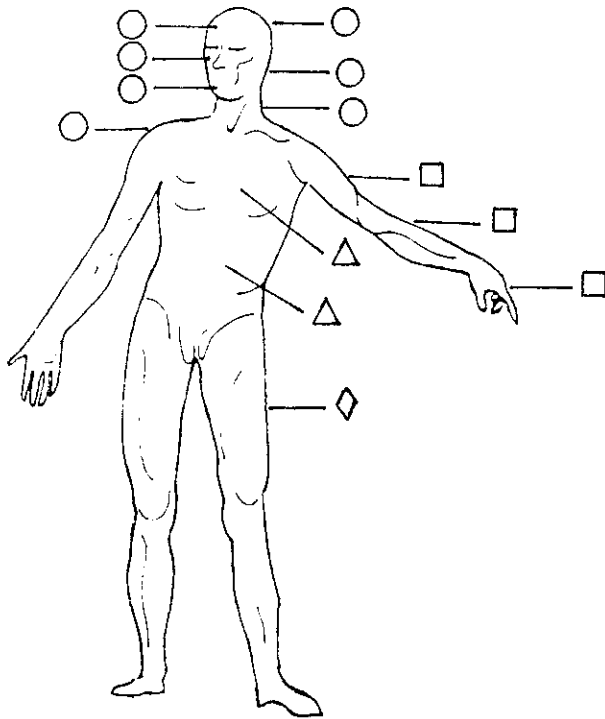
- Makselon, J. The problem of attitudes towards death.
1984 Psychological Abstracts, 71(6), 15054.
- Martin, G., y Pear, J. Behavior modification. New Jersey:
1978 Prentice-Hall.
- Miller, W., y DiPilato, M. Treatment of nightmares via
1983 relaxation and desensitization: a controlled
evaluation. Journal of Consulting and Clinical
Psychology, 51(6), 870-877.
- Moller, H. Death: handling the subject and affected
1967 students in the schools. En E. Grollman (Ed.),
Explaining death to children. Boston: Beacon
Press.
- Mullins, L., y López, M. Death anxiety among nursing home
1982 residentes: a comparison of the young-old and the
old-old. Death Education, 6(1), 75-86.
- Neimeyer, R., y Chapman, K. Self/ideal discrepancy and fear
1980 of death: the test of an existential hypothesis.
Omega, 11(3), 233-240.
- Nelson, L. Structural conduciveness, personality
1979 characteristics and death anxiety. Omega, 10(2),
123-133.
- Pattison, M. Help in the dying process. En S. Arieti
1974 (Ed.), American Handbook of Psychiatry. New York:
Basic books, Inc.
- Peal, R., Handal, P., y Gilner, F. A group desensitization
1981 procedure for the reduction of death anxiety.
Omega, 12(1), 61-70.
- Perkes, A., y Schildt, R. Death-related attitudes of
1979 adolescent males and females. Death Education,
2(4), 359-368.
- Pollak, J. Correlates of death anxiety: a review of
1979 empirical studies. Omega, 10(2), 97-121.
- Rebok, G., y Hoyer, W. Clients nearing death: behavioral
1979 treatment perspectives. Omega, 10(3), 191-200.
- Reed, P. Death perspectives and temporal variables in
1986 terminally ill and healthy adults. Death Studies,
10(6), 467-478.

- Rigdon, M., y Epting, F. Reduction in death threat as a
1985 basis for optimal functioning. Death Studies,
9(6), 427-448.
- Riley, T. Catholic teachings, the child, and a philosophy
1967 of life and death. En E. Grollman (Ed.),
Explaining death to children. Boston: Beacon
Press.
- Robinson, P. y Wood, K. The threat index: an additive
1984 approach. Omega, 15(2), 139-144.
- Rochlin, G. How younger children view death and themselves.
1967 En E. Grollman (Ed.), Explaining death to
children. Boston: Beacon Press.
- Shneidman, E. Deaths of man. New York: Quadrangle.
1973
- Stricherz, M., y Cunnington, L. Death concerns of students,
1982 employed persons and retired persons. Omega,
12(4), 373-379.
- Taylor, D. Views of death from sufferers of early loss.
1983 Omega, 14(1), 77-82.
- Templer, D., Veleber, D., Lovito, M., Testa, J., y Knippers,
1983 C. The death anxiety of gays. Omega, 14(3), 211-
214.
- Van Arsdale, P., y Radetsky, C. Life and death in New
1983 Guinea. Omega, 14(2), 155-169.
- Wenestam, C., y Wass, H. Swedish and U.S. children's
1987 thinking about death: a qualitative study and
cross-cultural comparison. Death Studies, 11(2),
99-121.
- White, P., Gilner, F., Handal, P., y Napoli, J. A
1983 behavioral intervention for death anxiety in
nurses. Omega, 14(1), 33-42.
- Yalom, I. Psicoterapia existencial. Barcelona: Herder.
1984
- Yates, A. Behavior therapy. New York: John Wiley & Sons.
1970 Inc.



LAMINA 1

GRAFICA DE LOS MUSCULOS

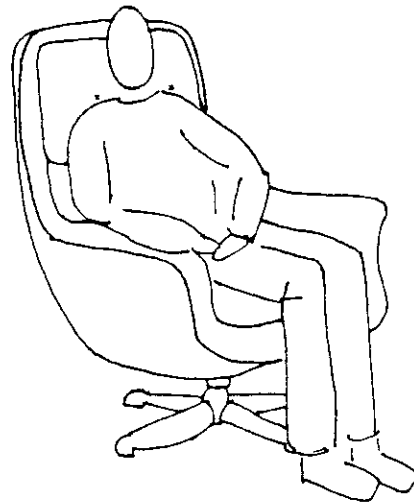


- Sesión 2
- Sesión 3
- △ Sesión 4
- ◇ Sesión 5



LAMINA 2

GRAFICA DE POSICIONES SUGERIDAS





		Un			Muchi-	
		Nada	Poco	Regular	Mucho	simo
12.	Espero que más de un doctor me examine antes de que me declaren muerto	—	—	—	—	—
13.	Me asusta el pensamiento de mi cuerpo descomponiéndose después de que muera	—	—	—	—	—
14.	Tengo miedo de mi cuerpo desfigurándose después que muera	—	—	—	—	—
15.	Tengo miedo de no lograr mis metas en la vida antes de morir	—	—	—	—	—
16.	Temo que no viviré lo suficiente para disfrutar de mi retiro o jubilación	—	—	—	—	—

Con el objeto de determinar el nivel de ansiedad o temor a la muerte en relación a cada ítem, se tomará en cuenta la siguiente clasificación:

Ansiedad poca o ninguna	0	(Nada)
Ansiedad leve	1	(Un poco)
Ansiedad moderada	2	(Regular)
Ansiedad moderada fuerte	3	(Mucho)
Ansiedad intensa	4	(Muchísimo)

ANEXO 2

Experimentar mucho
dolor cuando muera

Morir
violentamente

Mover un animal
muerto en el camino

Descubrir
un cadáver

Ser cremado o
incinerado

Donar mis ojos
después que muera

Personas en mi fa-
milia que puedan
morir

Mis amigos se
se afectarían
si yo muriera

Sufrimiento después
de la muerte

La muerte es el fin
de la existencia

Estar consciente
mientras esté en
la morgue

Antes que me decla-
ren muerto espero
que más de un doctor
me examine

Mi cuerpo descom-
poniéndose después
que muera

Mi cuerpo desfigu-
rándose después
que muera

No lograr mis metas
en la vida antes de
morir

No vivir lo sufi-
ciente para disfru-
tar de mi jubilación

ANEXO 3

HOJA DE REGISTRO DE RELAJACION

Instrucciones: puntúese usted mismo en esta escala del 1 al 10, antes y después de haber realizado los ejercicios de relajación y de desensibilización.

- | | |
|----|--|
| 1 | Totalmente relajado. No hay tensión |
| 2 | Muy relajado |
| 3 | Bastante relajado |
| 4 | Moderadamente relajado |
| 5 | Ligeamente relajado |
| 6 | Ligeramente tenso |
| 7 | Moderadamente tenso |
| 8 | Bastante tenso |
| 9 | Muy tenso |
| 10 | Extremadamente tenso (lo más incómodo que se puede sentir) |

Semana de	Sesión #	Antes de la sesión	Después de la sesión	Comentarios
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				

Adaptado de Davis, McKay y Eshelman (1985).



ANEXO 4

HOJA DE REGISTRO DEL NIVEL DE ANSIEDAD

Instrucciones: anote el valor que indica el nivel de ansiedad para cada ítem antes y después de la desensibilización, de acuerdo a la siguiente clasificación:

Ansiedad poca o ninguna	0	(Nada)
Ansiedad leve	1	(Un poco)
Ansiedad moderada	2	(Regular)
Ansiedad moderada fuerte	3	(Mucho)
Ansiedad intensa	4	(Muchísimo)

# Sesión (fecha)	Tarea	Nivel de ansiedad original	Nivel de ansiedad después de la desensibilización
1 ()	Preparar la jerarquía de temor		
2 ()	Aprender la relajación muscular profunda		
3 ()	Aprender la relajación muscular profunda		
4 ()	Aprender la relajación muscular profunda		
5 ()	Aprender la relajación muscular profunda		

# Sesión (fecha)	Tarea	Nivel de ansiedad original	Nivel de ansiedad después de la desensibilización
---------------------	-------	----------------------------------	---

6	Item 1		
()	Item 2		

7	Item 3		
()	Item 4		

8	Item 5		
()	Item 6		

9	Item 7		
()	Item 8		

10	Item 9		
()	Item 10		

11	Item 11		
()	Item 12		

12	Item 13		
()	Item 14		

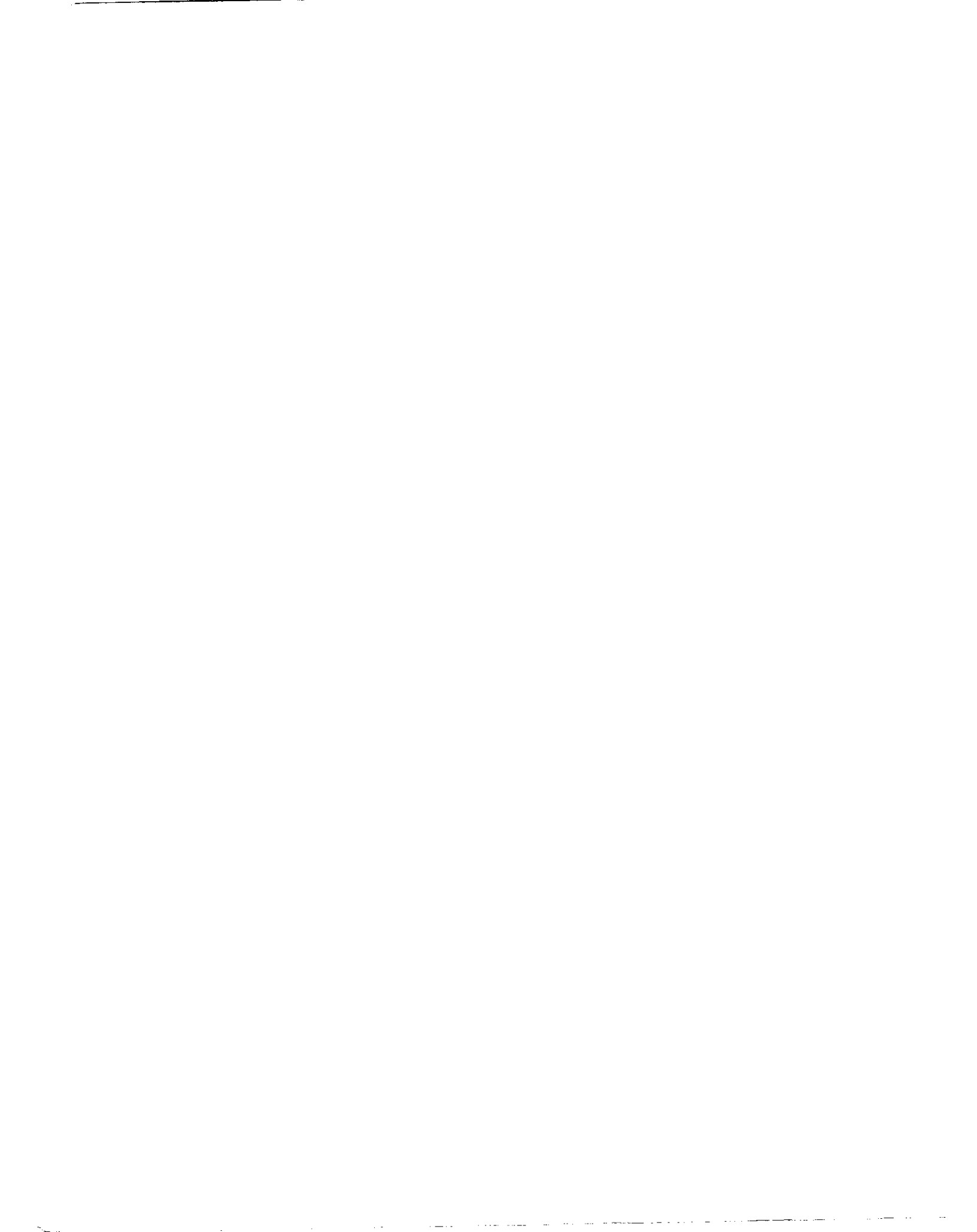
13	Item 15		
()	Item 16		

14	Ejercicio		
()			

15	Ejercicio		
()			

# Sesión (fecha)	Tarea	Nivel de ansiedad original	Nivel de ansiedad después de la desensibilización
16 ()	Lectura		

Adaptado de Martin y Pear (1978).



ANEXO 5

LECTURA DE TOMA DE CONCIENCIA DE LA MUERTE

Instrucciones: lea detenidamente los siguientes enunciados antes de finalizar la última sesión de auto-desensibilización sistemática.

La persona que sabe que morirá y que conoce sobre qué está hablando, desarrolla conceptos tales como:

- 1) Soy un individuo con vida propia y existencia personal.
- 2) Pertenezco a la clase de seres vivos, siendo uno de sus atributos la mortalidad.
- 3) A través del proceso intelectual de deducción lógica, puedo llegar a la conclusión de que mi muerte personal es un hecho real.
- 4) Hay muchas causas posibles de mi muerte, y éstas podrían operar en muchas combinaciones diferentes; aunque yo pudiera evadir o escapar de algunas de esas causas particulares, no podría evadirlas todas.
- 5) Mi muerte ocurrirá en el futuro. Por futuro entiendo el tiempo que me queda por vivir que aún no ha transcurrido.
- 6) Pero no sé cuándo en el futuro ocurrirá mi muerte. El evento es un hecho cierto, pero el momento es incierto.
- 7) La muerte es un evento final. Mi vida se termina. Esto significa que nunca volveré a experimentar, sentir, pensar o actuar al menos como un ser humano en esta tierra.
- 8) De acuerdo a esto, la muerte es una separación final de mi ser de este mundo.



MI CUERPO DESCOMPONIENDOSE
DESPUES QUE MUERA

ESTAR CONSCIENTE MIENTRAS
ESTE EN LA MORGUE

LA MUERTE ES EL FIN DE
LA EXISTENCIA

SUFRIMIENTO DESPUES DE
LA MUERTE

PERSONAS EN MI FAMILIA
QUE PUEDAN MORIR

DONAR MIS OJOS DESPUES
QUE MUERA

MOVER UN ANIMAL MUERTO
EN EL CAMINO

DESCUBRIR UN CADAVER

SER CREMADO O INCINERADO

ANTES DE QUE ME DECLAREN
MUERTO ESPERO QUE MAS DE
UN DOCTOR ME EXAMINE

NO LOGRAR MIS METAS EN
LA VIDA ANTES DE MORIR

MI CUERPO DESFIGURANDOSE
DESPUES QUE MUERA

MIS AMIGOS SE AFECTARIAN
SI YO MURIERA

MORIR VIOLENTAMENTE

EXPERIMENTAR MUCHO
DOLOR CUANDO MUERA

NO VIVIR LO SUFICIENTE
PARA DISFRUTAR DE MI
JUBILACION